



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Autor: Ana Sofia Pereira Geraldès

Orientador: Professora Doutora Paula Campos Pinto

A Assistência Familiar como Resposta Social

Trabalho de Projeto para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Lisboa

2013

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

A Assistência Familiar como Resposta Social

Ana Sofia Pereira Geraldès

Trabalho de Projeto para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientador(a): Professor(a) Doutor(a) Paula Campos Pinto

Lisboa, 2013

I

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT



Agradecimentos

Muito obrigado Professora Paula Pinto, por ter aceitado o meu pedido de orientação desta dissertação, mas sobretudo pelo seu infinito apoio, dedicação, disponibilidade, pela sua imensa sabedoria, paciência e apoio ao longo de todo este caminho.

À minha família, aos meus pais, pelo seu incondicional apoio, carinho e compreensão. Vocês são a coisa mais importante do mundo!

À minha tia, que apesar de já não estar connosco, me ensinou o significado de amor incondicional.

À minha avó, que mesmo no fim da sua vida me mostrou que a força e a determinação nos tornam cada vez melhores. Fez-me olhar para o apoio domiciliário como uma dádiva e me ensinou que a humildade e a disponibilidade são a nossa maior riqueza.

Ao Sérgio Gonçalves e Elisabete Barros que me fizeram esta proposta de entrar no mundo da assistência familiar e que me provaram que a luta constante se torna numa conquista e que jamais deveremos abandonar os nossos sonhos e que estes, por vezes, também se realizam!

O meu especial agradecimento a todas as pessoas que, diretamente e indiretamente cruzaram o meu caminho, durante a minha vida e durante esta jornada. Ensinarão-me a crescer, a compreender e contribuíram de alguma forma para o enriquecimento académico e pessoal e profissional.



Resumo

Este trabalho visa propor uma solução para um problema identificado, o envelhecimento da população e consequentemente o aumento de situações de dependência, bem como, a incapacidade dos familiares e do Estado em prestar o apoio necessário e assegurar as respostas sociais.

Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, criando a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, a elaboração e construção da Rede Global de Assistência Familiar (RGAF) vem assim tentar dar respostas, através da prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio e seus familiares.

A metodologia e operacionalização do trabalho passou pela revisão da literatura e consulta da Legislação em vigor, o que permitiu o desenho de uma resposta inovadora bem como de um instrumento para a identificação de necessidades individuais e familiares, e de monitorização da qualidade na prestação de cuidados.

Palavras-chave: Família, Envelhecimento, Dependência, Cuidados Continuados, Qualidade, Serviço de Apoio Domiciliário.



Abstract

This essay's main goal is to propose an intervention into an identified problem, the population ageing and consequent raising of dependency situations, as well as families and states incapability of supporting or guarantying social answers.

In a constantly ageing society, in which the need to support dependent elderly people presents a priority issue, bringing to light the necessity of being more attentive to the cares provided to old dependent people in their homes, the creation of the Global Net of Family Assistance (Rede Global de Assistência Familiar - RGAF) tries to answer those needs, informally caring these same people.

The methodology and operacionalization of this essay consisted in gathering the existing literature, consulting the laws in use presently, allowing the drawing of a completely innovated social answer, creating instruments to identify the individual and familiar needs, as well as monitoring the quality of the services provided to elderly, dependent people.

Key words: family, ageing, dependent, continued care, quality, homecare support services



Índice Geral

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice de Figuras	IX
Índice de Siglas / Abreviaturas Adotadas	X
Introdução	1
1ª Parte – Enquadramento teórico-conceitual e metodológico	3
Capítulo 1 – Transformações Sociais e conceito de Dependência	3
1.1. As alterações na Família	3
1.2. O Fenómeno do Envelhecimento	9
1.2.1. Envelhecimento Demográfico	10
1.2.2. Envelhecimento Biológico	12
1.2.3. Envelhecimento Psicológico	15
1.2.4. Envelhecimento Social	15
1.2.5. Envelhecimento e Dependência	16
1.3. O Conceito de Dependência	18
Capítulo 2 – Rede Formal de apoio à população idosa em situação de dependência	23
2.1. Respostas Sociais para as pessoas Idosas	23
2.1.1. Centro de Convívio	24



2.1.2. Centro de Dia	24
2.1.3. Centro de Noite	26
2.1.4. Acolhimento Familiar	28
2.1.5. Estruturas Residenciais	29
2.1.6. Centro de Férias e lazer	33
2.1.7. Serviço de apoio domiciliário (SAD)	33
2.2. “Qualidade” como característica atual na prestação de cuidados	38
Capítulo 3 – Objetivos gerais e metodologia do projeto	44
3.1. Identificação do problema	44
3.2. Objetivos Gerais	45
3.3. Metodologia	45
2ª Parte – Projeto de Intervenção	51
1. RGAF - Rede Global de Assistência Familiar	51
1.1. Objetivos e Missão	52
1.2. Estrutura Organizacional	53
1.3. Parceiros/Prestadores de Serviços	54
1.4. Clientes	54
1.5. Os Serviços	55
1.5.1. Assistência Familiar	55
1.5.2. Assistência a Pessoas Dependentes	56
1.5.3. Assistência Sénior	53
1.5.4. Residências	57



2. Gestão do Acompanhamento	60
3. Gestão da Qualidade	62
4. Informação e Divulgação	65
Considerações Finais	68
Referências Bibliográficas	70
Bibliografia Digital	91
Legislação Portuguesa em vigor	92
Apêndices e Anexos	94
Anexo 1 – Teste de Avaliação do Grau de Dependência do utente	95
Anexo 2 - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes	97
Anexo 3 - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores	99
Anexo 4 - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Parceiros	101
Anexo 5 - Organigrama da Estrutura	106
Anexo 6 – Gestão dos Serviços e Fornecedores	107
Anexo 7 – Fluxograma do Serviço Prestado – Assistência Sénior	108
Anexo 8 – Fluxograma do Serviço Prestado – Assistência Pós-Parto	109
Anexo 9 – Grelha de Avaliação de Lares e Residências	110



É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se, fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder.
Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver.

Martin Luther King



Índice de Figuras

Figura 1 – Espiral de ciclos da Investigação-ação	44
Figura 2 – Processo de Acolhimento do Cliente	58



Índice de Siglas/Abreviaturas Adotadas

RGAF – Rede Global de Assistência Familiar

INE – Instituto Nacional de Estatística

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social

UE – União Europeia

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

ISS – Instituto da Segurança Social

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

DGS – Direção Geral da Saúde

DGCG – Divisão de Doenças Crónicas e Geriátricas (DGS)

SCP - Serviços comunitários de proximidade



Introdução

As alterações verificadas na estrutura e dimensão da família, o profundo e progressivo envelhecimento populacional e o crescente número de pessoas dependentes originaram profundas alterações na sociedade atual que se traduzem num conjunto de mudanças sociais, bem como, de mudança de mentalidades, do Estado Providência e das respostas sociais.

As alterações demográficas, com cada vez maior peso da população idosa, assim como a alteração familiar pela ausência no domicílio da mulher, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência.

Estas mudanças, nomeadamente no que concerne ao aumento da esperança de vida, e no que respeita à quebra generalizada dos níveis de fecundidade e à redução do número médio de filhos por casal, que hoje se fixa em 2,6 indivíduos (Censos, 2011), colocam importantes questões do ponto de vista da própria estrutura demográfica e ao nível da sustentabilidade e solidariedade intergeracional, que se traduzem não só num maior peso da população idosa face ao total da população, como também numa maior incidência de população com algum grau de dependência.

Em Portugal, de acordo com os dados fornecidos pelo INE, entre 2001 e 2011 o peso relativo da população idosa passou de 16% para 19%. As projeções demográficas estimam que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando por isso os idosos, em 2050, cerca de 32% do total da população residente no nosso país (Censos, 2011).

Com o progressivo envelhecimento populacional, tende a aumentar também o grau de dependência na população. Com efeito, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas são um dado adquirido, sendo predominante nas faixas etárias superiores. Segundo o Manual do Prestador, elaborado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2011, mais de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos sofre de algum tipo de incapacidade, sendo que relativamente a indivíduos com idade inferior a 65 anos, esta percentagem não atinge os 5%. Ainda



segundo o mesmo Manual, estima-se que cerca de um terço dos idosos com 65 ou mais anos precisam de ajuda para realizar as suas atividades de vida diária e calcula-se portanto, que existam cerca de 600.000 idosos em todo o país, com algum nível de dependência. A promoção de um envelhecimento bem-sucedido constitui por isso uma grande oportunidade e desafio para a sociedade.

Paralelamente, as diferentes alterações que se têm verificado ao nível da composição e funções do agregado familiar, da solidariedade intergeracional e social permitem verificar a insuficiência de respostas adequadas ao acompanhamento das situações de dependência com que as pessoas idosas e/ou o seu agregado familiar se debatem quotidianamente. O número crescente de pessoas idosas, o número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários, leva a que cada vez mais se criem respostas sociais que possam responder as crescentes mudanças, garantindo aos indivíduos e famílias a satisfação das suas necessidades com a qualidade devida.

É neste sentido que se torna pertinente este projeto de intervenção. O mesmo tem como objeto, a construção de uma empresa de prestação de cuidados, que possa atuar nas diversas fases da vida do indivíduo, com o objetivo de apoiar as famílias nas situações de dependência, tentando compreender e acompanhar as suas alterações, conceções e dar resposta às suas necessidades. Trata-se de um projeto inovador na área da saúde e da proteção social, no âmbito da assistência à família, que pretende dar resposta à maior exigência e complexidade na prestação de cuidados, colocando o ênfase na família como prestador principal e assegurando a sua formação e acompanhamento, tendo como meta o envelhecimento ativo, permitindo uma vida ativa com a maior qualidade de vida possível.

Para além das justificações de ordem social e académica, este projeto é um trabalho empírico mediado não só pela experiência pessoal, mas também pelo trabalho desenvolvido na área da prestação de cuidados continuados ao domicílio, ao longo do qual fomos percecionando a crescente complexidade desta temática, a crescente necessidade de respostas direcionadas para problemas complexos e a crescente necessidade da qualidade de respostas sociais, o que se foi traduzindo num enorme desafio que influenciou toda a orientação deste projeto.

Pretende-se assim mobilizar a contribuição das ciências sociais e humanas para o conhecimento dos cuidados continuados e para a organização de uma resposta social inovadora, tendo como principal interesse a abordagem multidimensional da condição humana e a qualidade de vida da pessoa em situação de dependência e das suas famílias.

1ª Parte – Enquadramento Teórico-Conceptual

Capítulo 1 – Transformações Sociais e o conceito de Dependência

1.1. As alterações na Família

A entrada da mulher, de forma ativa, no mercado de trabalho e consequente investimento na sua carreira e na mobilidade profissional, a migração da população das áreas rurais para as áreas urbanas; a redução da nupcialidade e a legalização do divórcio com consequente aumento da taxa de divórcios; o controlo da natalidade e adiamento da idade de maternidade, bem como o aumento da esperança de vida das pessoas, provocando o aumento da população idosa e o número de dependentes, originaram profundas mudanças no conceito de família e na organização familiar.

O conceito de Família tem sido definido como um agrupamento social que se baseia em laços de parentesco. Estes laços podem ser de dois tipos: de afinidade, derivados do estabelecimento de um vínculo reconhecido socialmente (como o casamento ou a adoção) e de consanguinidade (a filiação entre pais e filhos).

Uma família pode ser definida consoante o grau de parentesco que existe entre os seus membros. A família nuclear (ou círculo familiar) é formada pelos pais e os seus filhos. A família extensa, por sua vez, inclui os avós, os tios, os primos e outros parentes, juntamente com a família nuclear.

O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 coloca a tónica no eixo relacional sublinhando a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais quando trabalhamos com a família: “o conceito de família não pode ser limitado a laços de



sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum”.

Família é o primeiro espaço onde cada indivíduo se insere, sendo neste contexto que a pessoa se inicia na sociabilização que o levará à articulação com a comunidade. É no seio familiar que se faz a transmissão de valores, costumes e tradições. Grove (1996) considera que restringir a definição de família a esfera legal (casamento), à base residencial ou aos laços sanguíneos, é eliminar muitos tipos de família que existem atualmente. A família é assim o suporte mais básico e mais importante de qualquer indivíduo ou solidariedade.

Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

Até finais do século XIX a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros, em que esta prestação se baseava num ato de reciprocidade (Roper, Logan e Tierney, 1995 citados por Imaginário, 2004). A crise dos sistemas de saúde e proteção social no decurso das últimas décadas, resultante em boa parte do envelhecimento das populações, dá novamente às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus familiares.

Estes cuidados prestados pelas famílias são sobretudo o suporte psicológico, emocional, financeiro, apoio e assistência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária (AVD) e proteção psicossocial, existindo um reconhecimento crescente da influência positiva que têm os laços afetivos no bem-estar e na saúde pessoal e familiar, estando estes, sobretudo, atribuídos a mulher, mãe de família, cuidadora do lar e o suporte emocional dos seus membros.

Com as alterações sociais e políticas, verificadas a partir dos anos 60, a mulher, tradicional cuidadora, passou a estar de forma generalizada, inserida no mercado de trabalho, com horários e exigências que não lhe permitem permanecer no lar a tempo integral, preparando rotinas e afazeres da sua família, tal como anteriormente acontecia. Os papéis foram-se alterando, tal como as exigências, e a família teve assim, que se reajustar para ajudar a mulher, mãe, principal cuidadora na elaboração das tarefas,



originando assim uma desagregação do papel de cuidador. A mulher mantém o seu papel principal de cuidadora, no entanto, este papel é cada vez mais partilhado com os restantes membros da família, ajudado e complementando tarefas e o apoio emocional.

Segundo Friedman, Bowden e Jones (2003) e Hanson (2001), a família tem assim um conjunto de funções que a caracteriza mas também a condiciona: de socialização; de reprodução; económica; afetiva; e de saúde. Hoje, mais do que nunca, é deveras importante a identificação das características e condicionalismos das famílias de forma a determinar as necessidades da prestação de cuidados aos seus membros, mas também de forma a perceber em que medida podem ser responsabilizadas pela solidariedade para com os familiares em situação de dependência.

A divisão do trabalho baseada no sexo confere às mulheres uma série de papéis e normas que lhe impõem um perfil de cuidadoras. Para muitas mulheres, cuidar de um familiar é uma extensão do seu papel de esposa, mãe e dona de casa.

Assim sendo, podemos afirmar que o modelo tradicional de divisão do trabalho familiar se caracteriza, ao nível da hipótese de especialização por tarefas, por uma grande diferença nas responsabilidades assumidas por homens e mulheres, perante os seus familiares. Aos homens caberão tarefas que pressupõem força física, especializando-se em papéis fora da esfera doméstica. As tarefas domésticas constituem um domínio largamente feminizado, sendo as mulheres quem assegura de forma regular, sempre ou com frequência, a preparação das refeições (incluindo pôr a mesa e lavar a louça), a limpeza regular da casa (limpar o pó, aspirar, etc.) e o cuidado e tratamento da roupa (Perista, 2002). As mulheres prestam, assim, mais suporte emocional e atividades instrumentais, ou seja, prestam cuidados pessoais e tarefas domésticas, enquanto os homens participam mais na tomada de decisão, assistência pessoal e em tarefas relacionadas com transporte e/ou questões financeiras.

Apesar destas divisões sociais nos papéis familiares, vive-se atualmente, uma revolução demográfica com mudanças nas expectativas sociais. O aumento da diversidade nas formas familiares, normas e costumes, determinou uma grande heterogeneidade na situação das pessoas e das relações familiares. Mudou não só a estrutura familiar, que alargou pelo aumento das gerações e a diminuição dos membros de uma mesma

geração, mas mudou, também, a duração dos papéis e das relações familiares (Royo, 2000).

A família adquire assim um novo papel positivo como sujeito de prevenção, tratamento, reabilitação e inserção. Pode dizer-se, então, que a atual revalorização da família reflete, fundamentalmente, uma nova conceção da saúde, das estratégias de cura, da organização dos serviços, que leva a família a ocupar um lugar inédito nos sistemas de saúde. Por isso se trata atualmente do sistema informal de cuidados mais importante (De La Cuesta, 2004). Assim sendo, a família é cada vez mais um recurso importante nos cuidados aos seus familiares, sobretudo idosos e doentes. É muito mais do que a primeira unidade de cuidados de saúde, sendo que a forma como a família gere e lida com a doença de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde deste (Friedman, Bowden e Jones, 2003).

Não obstante a mudança verificada ao longo dos tempos nos papéis familiares, identificamos também, profundas alterações na composição e organização familiar. Do conceito de família extensa ou alargada, onde o casal vivia com os seus familiares e filhos na mesma habitação, passamos, na atualidade, a diferentes modelos de família cuja estabilidade de relações e lugar se vê frequentemente alterada (De La Cuesta, 2004).

Através dos dados dos Censos, podemos verificar estas alterações. De salientar que entre 2001 e 2011 o número de famílias clássicas em Portugal aumentou 10,8%, mas em contrapartida, as famílias são hoje menos numerosas. A dimensão média das famílias em 2011 é de 2,6, enquanto em 2001 era de 2,8.

As famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão ao longo das últimas décadas. Em 2011 as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5% enquanto em 2001 esse valor era de 9,5% e em 1991 de 15,4%. Em sentido oposto, aumentou a importância das famílias de menor dimensão, com 1 pessoa e 2 pessoas, cuja representação é em 2011 de respetivamente, 21,4% e 31,6%. Estas diferenças justificam-se pela existência de novos tipos de família, famílias recompostas ou monoparentais, por contraponto das tradicionais famílias nucleares ou extensas.

Podemos, desta forma, enunciar alguns dos modelos atuais de família:



- **Família Monoparental:** referem-se à relação com os filhos por parte das mães ou pais solteiros, viúvos ou divorciados.
- **Família Recompsta:** a realidade do divórcio em Portugal, autorizado em 1975, originou a que pessoas divorciadas contraíam novo matrimónio e tendo, geralmente, filhos da anterior relação, constitua com eles uma nova família.
- **União de Facto:** trata-se de uma realidade bastante semelhante ao casamento. No entanto, a União de facto não implica a existência de qualquer contrato escrito, podendo ser realizada por pessoas do mesmo sexo e embora se estabeleça como comunhão plena de vida, no plano pessoal o mesmo não se aplica no plano patrimonial.
- **Família Unipessoal:** a par do divórcio, da viuvez e do facto de se ser solteiro existem as famílias unipessoais, isto é, pessoas que vivem sozinhas.

A família constitui a estrutura básica do sistema social. Constitui o suporte fundamental tanto nas ações preventivas como na promoção da saúde e nos cuidados durante a doença. É constituída atualmente muito mais por laços, vínculos e compromissos afetivos do que por consanguinidade, os seus papéis foram adaptados ao que podemos chamar de apelos da modernidade (Vieira, 2004). Adicionalmente, a família atua, ainda, como um mediador entre a sociedade e o indivíduo.

Concluindo, as características e dinâmicas das famílias de hoje são fatores importantes que afetam a capacidade dos seus membros para serem cuidadores. Em relação à família e às mudanças de carácter estrutural, não só está tanto em causa a prestação de cuidados aos dependentes como a continuidade desses cuidados. A próxima crise do estado de bem-estar será, pois, citando Myles (1991, citado por Royo, 2000) uma crise de prestação de cuidados, devida, em boa parte, à diminuição notável da quantidade de tempo dedicado ao trabalho não remunerado por parte das mulheres, dado a sua entrada maciça no mundo do trabalho.

Não obstante o ideal de família na prestação de cuidados, é cada vez mais notório que não basta que exista família para haver entreaajuda e solidariedade. Wall (2004) sustenta igualmente que a co-residência nem sempre implica convivência ou comunidade, podendo, aliás, acontecer o contrário. Também não é uma verdade absoluta que a ajuda prestada pela família seja a ideal para todas as pessoas, daí que estes autores



considerem que é fundamental ter em conta as aspirações das pessoas apoiadas que podem preferir ter uma ajuda profissional remunerada (por ela própria ou pelas prestações sociais), do que depender da sua família.

Assim, na atualidade, é originado, em grande parte pelo progressivo e crescente envelhecimento populacional, a família passou a ser considerada um foco de atenção fundamental para a efetivação de políticas sociais. Ela aparece no discurso e em estratégias de intervenção da política de atendimento à criança e ao adolescente, ao idoso, de integração da pessoa com deficiência, de trabalho, de educação, de saúde, de assistência social. Segundo Pereira (2004), a família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social, de forma que quase todas as agendas governamentais preveem medidas de apoio familiar. Nogueira (2000) ao discutir os rumos da política de saúde comenta que, tanto no plano internacional como nacional na década de 1990, o papel do profissional foi orientado para realizar alianças com a família para que essa pudesse cumprir a sua missão. Para tanto, passou-se a valorizar a necessidade de fortalecê-la, ajudando-a a descobrir e a desenvolver as suas potencialidades individuais e coletivas.

Não obstante, as desigualdades sociais têm aumentado a situação de vulnerabilidade das famílias, o que exige estratégias mais complexas entre os seus membros para garantir a satisfação das suas necessidades básicas. Essa situação não tem permitido que as famílias se reproduzam e se protejam com dignidade. Desta forma, a capacidade de cuidado e de proteção dos grupos familiares com os seus membros, depende diretamente de políticas interventivas e de respostas sociais, sejam elas ou não Estatais. Desta forma, a ideia de “centralidade na família”, como difusão ideológica da revalorização da família nas políticas públicas, deverá constituir uma das estratégias de qualquer resposta social, que justifica a ampliação da responsabilização das famílias com a sua própria proteção social.

Assim sendo, e aliado às progressivas alterações no conceito família e dos papéis familiares, torna-se assim, importante enunciar a implicância que o progressivo envelhecimento populacional, gerador de crescentes alterações sociais e de proteção social, tem vindo a ter na crescente valorização das respostas sociais e nas políticas sociais.



1.2. O Fenómeno do Envelhecimento

O envelhecimento da população é um dos maiores desafios da humanidade. O fenómeno do envelhecimento demográfico deve-se não só à melhoria da saúde pública, incluindo a Educação para a Saúde, a melhoria das condições sociais e da nutrição, mas também, mais recentemente, aos avanços da medicina curativa e preventiva, tendo contribuído para uma redução da taxa de mortalidade.

Definir envelhecimento é algo muito complexo. Biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Contudo, existem vários conceitos de envelhecimento, variando de acordo com a visão social, económica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso. O envelhecimento acontece logo após as fases de desenvolvimento e de estabilização, sendo pouco perceptível por um longo período, até que as alterações estruturais e funcionais se tornem evidentes. No ser humano, a fase de desenvolvimento alcança a sua plenitude no final da segunda década, seguida por um período de certa estabilidade, sendo que as primeiras alterações do envelhecimento são detetadas no final da terceira década de vida (Bandeira, 2006).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2002), são considerados idosos “os indivíduos acima de 60 anos, pois a partir da sétima década de vida passam a apresentar os problemas de saúde característicos do processo de envelhecimento. Em países em desenvolvimento, a idade mínima para ser considerado idoso é de 60 anos; já em países desenvolvidos, a partir dos 65 anos”.

Envelhecer é algo único, próprio, complexo, dependente de condicionantes biológicas e acontecimentos sociais intrínsecos. A forma como o indivíduo viveu e como se adaptou, ou não, aos vários acontecimentos é determinante.

Segundo Correia (2003), o envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas:

- O envelhecimento demográfico, que se caracteriza pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Este aumento deve-se, no caso de Portugal, à diminuição da população jovem e do aumento da esperança média de vida.



- O envelhecimento biológico, definido pela comunidade médica como a alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo. Trata-se de um fenómeno natural que faz parte do ciclo de vida, comum a qualquer ser vivo em que primeiro há o crescimento e depois o declínio.

De seguida debruçamo-nos sobre cada uma das perspetivas de envelhecimento.

1.2.1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento das populações é um fenómeno social atual com consequências sociais e económicas e com repercussões na saúde e bem-estar individual das pessoas. Entende-se por envelhecimento demográfico o aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total de habitantes. O envelhecimento demográfico, definido pelo aumento das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade ativa, que, do ponto de vista histórico tem emergido nas sociedades desenvolvidas sobretudo a partir da segunda metade do século XX, tem vindo a aumentar em Portugal.

A este respeito Fernandes (1997:34) diz que “O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projeções indicam, com alguma certeza que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada”.

O aumento progressivo da longevidade, observado tanto nas nações desenvolvidas quanto naquelas em desenvolvimento, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e na mortalidade geral, conduziu a uma mudança nítida na composição etária da população, aumentando substancialmente o número de pessoas com idade acima de sessenta anos, assim como as de idade superior a oitenta anos e os centenários (INE, 2002).

Não obstante, a baixa da natalidade e, como consequência, a redução na população jovem implica um aumento da importância relativa das pessoas idosas, facto que corresponde à verdadeira definição de envelhecimento demográfico. Este envelhecimento demográfico pela base da pirâmide etária possui consequências mais



gravosas do que o envelhecimento pelo topo, dadas as implicações nas gerações ativas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho.

Atualmente, Portugal é dos países Europeus que menos nascimentos têm em média. Em 1971 registava-se 3 filhos em média por mulher; 2,13 filhos em 1981; 1,58 filhos em 1991 e 1,40 filhos em média por mulher em 2001.

Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança de vida à nascença de 79,2 anos.

Prevê-se que se acentue, em 2050, a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Notória é, ainda, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%).

Ainda segundo os Censos (2011) o Índice de Envelhecimento traduz-se na relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos. O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45.

As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os menores índices de envelhecimento do país, respetivamente, 74 e 91. As Regiões do Alentejo e Centro são, pelo contrário, as que apresentam os maiores valores, respetivamente, 179 e 164.

O índice de sustentabilidade é outro dos indicadores que possibilitam uma avaliação sobre o esforço que a população idosa exerce sobre a população em idade ativa e complementa a leitura relativamente aos indicadores sobre envelhecimento anteriormente apresentados. O índice de sustentabilidade potencial apurado através dos Censos 2011 é de 3,4, o que significa que há 3,4 ativos por cada indivíduo com 65 ou mais anos. Na última década este indicador agravou-se; em 2001 era de 4,1.



Em 2001 havia 58 municípios cujo índice de sustentabilidade era menor ou igual a 2,3. Em 2011 o número de municípios, em Portugal, nesta situação eleva-se para 98.

Desta forma, o peso demográfico crescente do grupo etário dos idosos acarreta várias implicações (económicas, sociais, sanitárias e éticas), cujas soluções vão constituir grandes dificuldades no próximo século, bem como, a diminuição da população produtiva, o aumento da população dependente, diminuição da mobilidade social, alteração das relações familiares, aumento da população doente ou em risco e aumento da necessidade de pessoal e de instituições especializadas, o que acarretará um maior peso para a sociedade em geral.

O fenómeno do envelhecimento demográfico e, especialmente a imposição do segmento populacional das pessoas idosas, emerge portanto, como um desafio às medidas de política assumindo lugar de destaque nas agendas sociais e políticas, com importância reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas na ótica do “envelhecimento ativo” (AEEASG, 2012).

1.2.2. Envelhecimento Biológico

O ciclo de vida costuma ser dividido em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a fase da degeneração. Na primeira fase, ocorre o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos vários órgãos adquirindo progressivamente capacidades que o tornam capaz de se multiplicar, a segunda fase é caracterizada pela reprodução e por último surge a fase do declínio da capacidade funcional.

Além de multifatorial o envelhecimento é diferencial, isto é, único para cada pessoa arrastando consigo uma deterioração fisiológica do organismo. No fundo ele consiste num *“...somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de fatores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças. Por isso, mais do que medir exaustivamente o maior número possível de parâmetros, algumas vezes com carácter empírico, importa compreender as alterações fisiológicas que caracterizam o envelhecimento e, só depois, definir o que deve ser medido e de que maneira”* (Rendas, 2001:50)



À medida que a idade aumenta, aumenta também a velocidade de declínio das funções fisiológicas. Há um efeito cumulativo das alterações psicobiológicas com a diminuição e desregulação dos mecanismos que fazem face a agressões externas.

Para Paúl e Fonseca (1999), o envelhecer é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. À medida que ocorrem mudanças no corpo, alterações funcionais e de papéis sociais, é necessária uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios, internos e externos.

Falar em padrões de envelhecimento significa falar em diferentes experiências da velhice. Birren e Cunningham (1985) distinguiram três padrões de envelhecimento: primário; secundário; e terciário.

O envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento que são irreversíveis, progressivas e comuns a todos os indivíduos. Por seu lado, o envelhecimento secundário está relacionado com as mudanças causadas pelas doenças que são dependentes da idade, uma vez que o tempo vivido aumenta a probabilidade de exposição a fatores de risco. Estes efeitos nocivos do envelhecimento têm um efeito cumulativo, o que faz com que os organismos apresentem uma vulnerabilidade crescente com o passar da idade. O declínio terminal característico dos indivíduos em idade avançada e caracterizado por um grande aumento das perdas num período de tempo relativamente curto é assim finalmente designado de envelhecimento terciário.

Parece claro, então, que as perdas de vária ordem, presentes no decurso do envelhecimento, entre as quais as que comprometem a saúde e a autonomia funcional, contribuem para o aumento da vulnerabilidade e do risco da dependência, comprometendo o envelhecimento bem-sucedido.

Se a homeostase é afetada, a capacidade de adaptação do indivíduo ao stress interno e externo decresce e a suscetibilidade á doença aumenta. A degeneração dos sistemas orgânicos não é simultânea. Há células que estão em renovação permanente, outras nunca se renovam nem envelhecem; *“...os padrões de declínio biológico mensuráveis no ser humano são diferentes nos vários aparelhos e sistemas e resultam do somatório de processos intrínsecos e extrínsecos (...)”* (Rendas, 2001).



Para Pikunas (1979), no envelhecimento biológico todos os sistemas do corpo se deterioram tanto na eficiência estrutural quanto na funcional.

- **Mudanças estruturais:** estas dão-se sobretudo a nível metabólico, celular e na distribuição dos componentes corporais. Podem assim produzir alterações no funcionamento bem como na aparência corporal.
- **Alterações funcionais:** são resultantes muitas vezes das anteriores, sendo que certos órgãos podem perder a sua função quase na totalidade.

De acordo com Arantes (2003), a idade cronológica é um estereótipo, através do qual se afirma que um indivíduo é jovem, de meia-idade ou idoso, daí resultando diferentes papéis ou oportunidades na estrutura social. A verdade é que não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento, até porque é inevitável que o conceito arraste consigo um conjunto de conotações políticas e ideológicas dentro de cada sociedade concreta.

O processo de envelhecimento é, portanto, absolutamente individual, variável, cuja conquista se dá dia após dia, desde a infância. O envelhecimento representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo no organismo (envelhecimento somático) e psiquismo (envelhecimento psíquico). Todas as dimensões são igualmente importantes, na medida em que são coadjuvantes para a manutenção da estabilidade somática e psíquica, indispensáveis para o ser humano cumprir a sua meta, que é ser feliz (Moraes, Moraes e Lima, 2010).

À medida que ocorrem mudanças no corpo, alterações funcionais e de papéis sociais, é necessária uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios, internos e externos. Os ganhos em anos de vida produzem alterações na existência humana e exigem novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores. Se, por um lado, existem pessoas idosas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de pobreza, incapacidade, doença e, ou isolamento. Neste sentido, Schroots e Birren (1980), introduzem ainda ao conceito de envelhecimento, dois outros componentes: o Envelhecimento Psicológico e Envelhecimento social, que passamos a descrever.



1.2.3. Envelhecimento Psicológico

Segundo Berger (1995), a saúde mental no idoso é de certo modo um envelhecimento bem-sucedido que o torna apto a controlar as tensões geradas pelo avanço da idade e perdas que acompanham essa realidade. Este tipo de envelhecimento está relacionado com a capacidade de adaptação às atividades da vida diária, estando correlacionado com os estados emocionais e com a percepção subjetiva do seu envelhecimento em relação aos seus pares com a mesma idade. Pode ainda ser definido pela alteração da capacidade a nível de tomada de decisões e opiniões. Sob o ponto de vista psicológico, observa-se uma certa queda progressiva do vigor mental, com maior lentidão dos processos associativos, dificuldades de concentração e da memória, certa puerilidade dos juízos, egocentrismos e labilidade emotiva, debilitamento de vontade, aparecimento de frequentes sensações de hipochondríaco e aumento da irritabilidade (Fonseca, 1988).

Uma das mudanças psicológicas que poderão surgir no idoso é sobretudo o decréscimo de auto estima e da autoimagem, a dificuldade em aceitar novos papéis e novas mudanças, perdas e alterações biológicas e afetivas que poderão originar situações de depressão, isolamento, hipochondria, somatização, suicídio. Os problemas psicológicos devem-se assim, na maioria das vezes, às perdas de papel, às crises, às múltiplas situações de stress, à doença, à fadiga, ao desenraizamento e a diversos outros traumatismos que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão das pessoas idosas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Em suma, o equilíbrio psicológico do idoso depende, basicamente, da sua capacidade de adaptação à sua existência presente e passada bem como das condições da realidade e do contexto que o envolvem. Há um postulado que resume de certa forma o que foi dito que é: “a adaptação ao envelhecimento é função do equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do sujeito” (Berger, 1995:184).

1.2.4. Envelhecimento Social

O envelhecimento social está relacionado com a diminuição ou perda do papel que o indivíduo desempenha na família e na sociedade. As funções sociais do Homem tendem



a diminuir com o envelhecer, ocorrendo essa redução, não só por opção do próprio indivíduo mas muitas vezes por imposição da própria sociedade onde se insere.

A sociedade Ocidental foi concebida em função do universo industrial, ritmo de vida, gestão do tempo e do espaço em função da produtividade e competitividade. Nesta perspectiva de produção, lucro e utilidade há pouco ou nenhum espaço para o idoso. A reforma resulta assim, numa primeira exclusão social e até uma certa dependência. Frequentemente desvalorizam-se as capacidades da pessoa idosa, esquecendo aspetos positivos que a idade comporta, como é o caso dos conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida (Arantes, 2003 e Domínguez-Alcón, 1998). Torna-se assim, imperioso reconhecer e dar importância à velhice, desenvolver projetos e políticas que possibilitem e incrementem uma assistência à saúde na sua plenitude (física, psíquica, social) e em todas as suas vertentes (preventiva, curativa e de reabilitação).

1.2.5. Envelhecimento e Dependência

Não obstante os diversos tipos de envelhecimento, poderemos enunciar que, com o aumento da idade, tende a aumentar também o grau de dependência, embora existam percursos de envelhecimento muito diferenciados. Todavia, a perda progressiva de autonomia e a redução das capacidades físicas e cognitivas são um dado adquirido. Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias (Manual de gestão da Qualidade, MTSS, 2004).

Embora a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações bio-psico-sociais pelas quais todas as pessoas idosas passam levam ao aparecimento de algumas deficiências e ao aumento da predisposição à doença. A este respeito a Direção Geral de Saúde refere que os últimos anos de vida são acompanhados de situações de doença e incapacidade, suscetíveis de prevenção (DGS, 2004). As grandes questões em torno das necessidades de cuidados de saúde e de apoio social centram-se então, não apenas no facto de estarmos perante uma população



envelhecida, mas também nos fatores envolventes que condicionam a saúde dos indivíduos, a sua autonomia e independência e sua qualidade de vida.

Em 2002, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento organizada pela Organização das Nações Unidas, foram discutidas questões ligadas ao envelhecimento e à necessidade de substituição do modelo do ciclo de vida tradicional. Defendeu-se a necessidade de adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida e, a necessidade de promover o envelhecimento saudável dos indivíduos e eliminar atitudes e práticas de discriminação das pessoas idosas.

No bem-estar, intervêm fatores objetivos de doença e fatores de carácter subjetivo que condicionam uma atitude perante a doença e a vivência do processo de envelhecimento. Surge, assim, um novo conceito: o envelhecimento bem-sucedido ou saudável, não só como ausência de doença e/ou de incapacidade, mas também como a capacidade de enfrentar situações stressantes que permite viver esta etapa da vida de forma satisfatória apesar da incapacidade ou da doença.

A ideia do envelhecimento ativo vem-se difundindo e está baseada no reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização. Com isso, o planeamento de ações voltadas aos idosos deixa de ter um enfoque restrito nas necessidades, que apenas considera o idoso como indivíduo passivo, para adotar uma abordagem mais ampla, sustentada nos direitos, na igualdade de oportunidades e no exercício da cidadania (Caruso, 2010).

A Organização Mundial da Saúde define assim o Envelhecimento Ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

A par da tendência para o envelhecimento tem-se verificado uma crescente preocupação com a qualidade de vida das pessoas idosas. Entre as dimensões objetivas é indicado: a saúde física e mental, as condições de habitação, o tipo de alimentação, o acesso a bens de consumo essenciais, o acesso a bens culturais, a integração familiar e comunitárias e o acesso à participação cívica (Amaro, 2006). Estar ativo significa, nesta perspetiva, participar de forma contínua em todos os assuntos sociais, económicos, culturais,



espirituais ou cívicos, garantindo uma condição de autonomia e independência da pessoa idosa. Neste sentido, “Promover o envelhecimento ativo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação ativa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade.” (Decisão nº 940/2011, UE, de 14 de Setembro).

Em suma, importa assim identificar as redes formais existentes de assistência à população idosa, que dão resposta ao fenómeno da dependência e as suas implicações físicas, psicológicas e sociais, e avaliar de que modo podem as medidas das políticas sociais servir para a promoção de um envelhecimento ativo com qualidade de vida.

1.3. O Conceito de Dependência

A saúde e a qualidade de vida do indivíduo são influenciadas pelas oportunidades de envolvimento ativo nas atividades do dia-a-dia. A perda ou limitação dessa capacidade promove uma maior dependência do indivíduo e a diminuição da sua qualidade de vida. À medida que se envelhece e com a impossibilidade de realizar de forma independente as atividades básicas de vida diária, pode-se verificar o aparecimento de doenças crónicas ou a perda geral de funções fisiológicas levando à necessidade de ajuda de terceiros. Desta forma torna-se assim importante definir o conceito de dependência, suas características e consequências para o indivíduo.

A *Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros* de 1998, define dependência como um “estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária. As Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) estão relacionadas com a capacidade de autonomia do indivíduo, não só ao nível dos autocuidados, como também na participação na sociedade enquanto cidadão de plenos direitos” (Carta Social, 2009:8). São acima de



tudo, as várias atividades que o homem executa durante um período de vida, desde a concepção até ao seu falecimento, com o objetivo de obter a sua realização e o máximo de independência dentro dos limites da sua situação específica (Pearson e Vaughan, 1992).

O quadro legislativo nacional, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho, considera em situação de dependência “os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”. Segundo o mesmo Decreto-Lei, consideram-se dois graus de dependência: Um primeiro grau em que os indivíduos não podem praticar, com autonomia, os atos da vida quotidiana, seja relativo à alimentação ou locomoção, como aos cuidados de higiene pessoal, com vista à satisfação das necessidades básicas e um segundo grau, em que os indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o primeiro grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave.

Não obstante, Garcia (1994) define dependência como uma “situação na qual a pessoa carente de meios para conseguir bens ou serviços económicos essenciais a um nível de vida mínimo vê-se obrigada a solicitar e aceitar assistência pública ou privada. Condição de vida de uma pessoa cujo desenvolvimento normal depende, em parte ou no todo, de fatores alheios aos seus próprios recursos.”

Por sua vez, Baltes e Silvenberg (1995) descrevem três tipos de dependência:

- Estruturada: onde o significado do valor do ser humano é determinado pela participação no processo produtivo;
- Física: incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária;
- Comportamental: com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida, independentemente do nível de competência.

São José e Wall (2006) classificaram a dependência de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada consoante o grau de autonomia que demonstram.



Pessoas com baixa dependência apenas necessitam de alguma supervisão, pois possuem alguma autonomia no que respeita à mobilidade e à realização das atividades do dia-a-dia; pessoas com média dependência não necessitam apenas de supervisão, mas também de apoio de terceira pessoa para o desempenho de algumas atividades diárias; e por último, as pessoas com elevada dependência requerem apoio intensivo, o que quer dizer, que “não têm capacidade para desempenhar um conjunto de tarefas ‘básicas’”. São pessoas que estão acamadas ou que têm fortes restrições ao nível da mobilidade, tendo algumas delas outras incapacidades associadas.

Importa ainda identificar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente. A Carta Social (2009) identifica ainda os seguintes conceitos acerca da dependência caracterizando para isso o indivíduo como:

- *Autónomo* – Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica;
- *Parcialmente dependente* – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação;
- *Dependente* – Não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal;
- *Grande dependente* – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.

Um idoso dependente será aquele que durante um prolongado período de tempo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar determinadas atividades de vida diária, existindo diversos fatores que podem determinar essa dependência, entre eles, os fatores físicos, os psicológicos e os provenientes do contexto social.

Apesar de a dependência estar associada as faixas etárias mais elevadas, ao contrário do que se tem pensado ao longo dos tempos, as situações de dependência não são exclusivas desta faixa etária mais idosa. Podemos observar pessoas dependentes em todas as faixas etárias, no entanto associadas na maioria dos casos a situações de deficiência congénita ou adquirida ou por situação de acidente. De forma a garantir a

melhor qualidade de vida possível aos indivíduos em situação de dependência, é pois, necessário compreender as necessidades, potencialidades, recursos e limitações do indivíduo, de forma a permitir a disponibilização dos recursos que possam servir de promoção à autonomia.

Segundo a Carta Social de 2009 (com dados relativos a 2007) existiam em Portugal 43.3% de indivíduos autónomos, 25.2% de indivíduos parcialmente dependentes, 19.2% dependentes e 12.3% de grandes dependentes. Ainda segundo a Carta Social (2009), o peso percentual do género feminino é sempre superior ao masculino em qualquer uma das categorias (cerca de 64 % das pessoas dependentes ou grandes dependentes pertenciam ao sexo feminino). Em termos absolutos e evolutivos, constata-se em 2007 um acréscimo em relação aos anos anteriores, do número de pessoas dependentes e grandes dependentes a frequentar algum tipo de resposta social.

Fernandes (2000) refere que a perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo quando esta perda se dá a nível psicológico e se relaciona com transtornos cognitivos e alterações da personalidade. Um dos efeitos da dependência na qualidade de vida da pessoa idosa é a influência negativa que esta exerce na sua integração. Fernandes (1997) afirma que, de facto, a integração familiar diminui com o grau de dependência elevada e com os anos de dependência, não ocorrendo a integração da pessoa idosa no seio familiar, e sendo esta a instituição de primeiro recurso, dificilmente surge uma integração no meio social.

De forma a podermos medir o grau de dependência de um indivíduo, existem diversos sistemas de medida da dependência tais como os RUG, Índice de *Barthel* ou o Índice de *Katz*, todos eles baseando-se na medida da autonomia física dos utentes nas atividades da sua vida diária. Estes instrumentos são úteis para podermos adaptar as respostas sociais às necessidades de cada indivíduo.

Neste sentido, a OMS adverte que a saúde da pessoa idosa é mais bem avaliada em termos de função, levando em conta, sempre, as dimensões, física, psíquica e social. A saúde é assim considerada, mais do que a ausência de doença mas sobretudo a qualidade de vida do indivíduo, ou seja, a sua capacidade funcional, medida através destes três componentes. O conhecimento da prevalência das limitações funcionais é



indispensável para determinar recursos e serviços a aplicar, promovendo ambientes facilitadores de autonomia e independência (DGS, 2004).

Torna-se assim indispensável, que o idoso em situação de dependência, tenha acesso a um sistema de saúde e de proteção social, que lhe permita a valorização e a requalificação das suas capacidades pessoais e sociais, com recurso a equipamentos e respostas sociais adequadas às suas características e necessidades, permitindo-lhe viver uma vida digna e com qualidade.



Capítulo 2 – Rede Formal de apoio à população idosa em situação de dependência

2.1. Respostas Sociais para as pessoas idosas

O envelhecimento não é um problema mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2004).

A realidade mostra porém, que há um número considerável de pessoas idosas que não encontram uma resposta adequada às suas necessidades e exigências. Na ausência de resposta no seu meio natural de vida, o domicílio, a pessoa idosa necessita de especial empenho e competência das respostas sociais para que as dimensões, física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada indivíduo possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais de identidade e de autonomia.

A cobertura de respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, apesar de pouco expressiva, tem evoluído de forma positiva nos últimos anos, refletindo o crescimento do número de lugares no âmbito dos equipamentos destinados a esta população (mais 31 300 lugares entre 2006 e 2011), mas também a evolução crescente do peso da população idosa. O crescimento, desde 2000, da resposta Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (59%), a par da Residência e Lar de Idosos (38 %) e Centro de Dia (30 %) torna visível o desenvolvimento ocorrido na última década no apoio à população idosa (Carta Social, 2011).



Podemos assim identificar 7 tipos de respostas sociais dirigidas sobretudo à população idosa:

- Centro de convívio
- Centro de dia
- Centro de noite
- Acolhimento familiar
- Estruturas residenciais
- Centro de férias e lazer
- Serviço de apoio domiciliário

2.1.1. Centro de Convívio:

Os Centros de Convívio, apresentam-se como um resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

O Centro de Convívio tem como objetivo proporcionar um espaço de convívio, garantindo a satisfação das necessidades humanas básicas e o acompanhamento terapêutico, organizando e motivando os indivíduos a descobrir interesses e capacidades.

Os objetivos desta resposta são, sobretudo:

- Prevenir a solidão e o isolamento
- Incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local
- Fomentar as relações interpessoais e entre as gerações
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

2.1.2. Centro de Dia:

Segundo o Instituto da Segurança Social, o Centro de Dia é uma Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e



familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

Regulamentado, pelo Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio, o Centro de Dia aparece como uma resposta social, que contribui para a valorização pessoal, partilha de conhecimentos e experiências pessoais, proporcionando ainda durante o dia a resolução de necessidades básicas pessoais, terapêuticas e sócio - culturais às pessoas afetadas por diferentes graus de dependência, contribuindo para a manutenção da pessoa no seu meio familiar.

Este estabelecimento prestador de serviços rege-se ainda pelo estipulado na Orientação Normativa n.º 3/97 de 02 de Maio de 1997, no Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março de 2012, no Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março de 2007, e ainda na versão dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2011 de 28 de Setembro de 2011.

Os Centros de Dia são hoje uma alternativa para realizar programas de reabilitação sem necessidade de internamento, organizados para acompanhar os doentes e para lhes prestar todos os cuidados necessários, de modo a que a recuperação da funcionalidade e da autonomia decorra da forma mais rápida possível.

Perante a avaliação individual de cada problema e das exigências associadas à recuperação, são estabelecidos planos personalizados a desenvolver nos Centros de Dia, que incluem, além das atividades específicas de reabilitação, informação sobre a periodicidade dos tratamentos, o período diário que os doentes ali devem permanecer e uma previsão do tempo necessário para recuperação e das necessidades de apoio futuro.

Os Serviços Prestados são essencialmente:

- Apoio social e burocrático, quando necessário.
- Alimentação.
- Acompanhamento ao exterior / médico.
- Convívio, passeios e visitas guiadas.

São assim objetivos do Centro de Dia:



- Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover as relações pessoais e entre as gerações;
- Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida;
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

Em suma, o Centro de Dia é um espaço de acolhimento onde se desenvolve um conjunto de programas ocupacionais e de lazer adequados aos utentes nas mais variadas condições e etapas das suas vidas que visam promover a qualidade de vida da Pessoa Idosa, assim como atividades que premeiam a prevenção, estimulação e manutenção das capacidades físicas, mentais, cognitivas, relacionais e espirituais da mesma tendo em vista a revalorização da individualidade e da sua contínua autonomia.

2.1.3. Centro de Noite:

A manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida constitui um dos principais objetivos das políticas sociais, o que implica a criação de soluções para pessoas idosas que se encontrem em situações de isolamento, solidão ou insegurança. Nesta lógica, o centro de noite constitui-se como uma resposta social que proporciona um espaço de apoio durante a noite a pessoas nas referidas situações, contribuindo para o seu bem-estar e permitindo a manutenção no seu domicílio durante o dia (MSS, Portaria n.º 96/2013 de 4 de Março).

É uma resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

Os destinatários do centro de noite são assim, prioritariamente, pessoas idosas com autonomia que, durante o dia, permaneçam no seu domicílio.



Constituem, desta forma, objetivos do centro de noite:

- Acolher durante a noite pessoas com autonomia;
- Assegurar o bem-estar e segurança do utilizador;
- Fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida;

Considerando que os centros de noite constituem a resposta adequada para contextos rurais ou urbanos onde se identifiquem situações de risco e fragilidade que importa minorar ou eliminar, a Portaria menciona ainda que neste contexto, e face à ausência de regulamentação desta resposta social, bem como a necessidade de promover a sua qualificação, o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social estabeleceu as condições de instalação e funcionamento deste equipamento para ser uma resposta dinâmica e adequada às necessidades dos seus utilizadores mediante a prestação de um serviço qualificado e humanizado.

Desta forma, os princípios de atuação desta resposta social baseiam-se na qualificação, humanização e individualização; na avaliação das necessidades do utilizador, na participação do utilizador e envolvimento da comunidade.

O centro de noite pode constituir assim, para as pessoas idosas uma alternativa válida à institucionalização por proporcionar um espaço de apoio durante a noite, designadamente quando, por razões de isolamento ou solidão, esta é percebida como um período perturbador do seu bem-estar pondo em risco a aspiração e efetiva vontade de se manterem no seu domicílio.

Apesar de se constituir como uma resposta importante para esta camada populacional, o centro de noite como resposta social encontra-se ainda pouco difundido, sendo diversas vezes confundido com o lar residencial.

Não obstante, podemos dizer que em 2011, do total de utentes que frequentavam estas respostas sociais cerca de 83,8 % respeitava a pessoas com mais de 75 anos, dos quais 44,9 % tinham 85 ou mais anos, o que evidencia o peso significativo deste grupo etário, sendo que os utentes do género feminino, com uma esperança de vida mais elevada, constituem a maioria dos utentes que solicitam estas respostas, acentuando-se o seu peso com o aumento da idade.



É, portanto, uma estrutura cuja lógica de intervenção tem por base o apoio eventual e temporário, que não deve ser confundida com o lar para idosos, já que pretende dar resposta a situações de:

- Isolamento geográfico ou social por, respetivamente, residirem longe da comunidade local e pela ausência de redes de suporte informal que possam dar apoio;
- Solidão, sentimento que pode advir de situações de isolamento;
- Insegurança, traduzida, nomeadamente pela incapacidade em lidar com situações perturbadoras como é por exemplo, a morte ou afastamento da pessoa com quem se residia.

2.1.4. Acolhimento Familiar:

O acolhimento familiar, criado pelo Decreto-Lei nº 391/1991, de 10 de Outubro, é uma medida de política social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas pessoas idosas ou pessoas com deficiência a partir da idade adulta, de forma a garantir-lhes um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades básicas e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade.

Traduz-se na atividade desenvolvida por famílias consideradas capazes, consistindo no “acolhimento familiar de pessoas idosas (com idade igual ou superior a 60 anos) ou de pessoas adultas com deficiência (com idade igual ou superior a 18 anos), de forma temporária ou permanente e a tempo completo ou a tempo parcial, quando não existirem respostas sociais, eficazes ou suficientes, que assegurem o apoio adequado à manutenção no seu domicílio da pessoa idosa ou da pessoa adulta com deficiência ou ausência da família do idoso ou do adulto com deficiência, ou ainda quando esta não reúna as condições mínimas para assegurar o seu acompanhamento”, conforme enunciado pelo Instituto da Segurança Social.

De acordo com o enunciado, os objetivos primordiais desta resposta são:

- Acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança



- Garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade
- Evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

Segundo o Instituto da Segurança Social, através do Guia Prático de Acolhimento Familiar para pessoas idosas e com deficiência, é essencial que as famílias de acolhimento tenham acesso a formação contínua e apoio da Instituição em que estão inseridas, permitindo assim um acompanhamento privilegiado e harmonizado, pelo período de acolhimento do idoso.

Em retribuição pelos serviços prestados à pessoa acolhida, as famílias têm direito a receber mensalmente um subsídio correspondente à comparticipação pelas despesas extraordinárias relativas às necessidades de saúde e outras da pessoa acolhida.

Não obstante os seus direitos, cabe assim às famílias acompanhar a pessoa acolhida, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades básicas, não só através da prestação de todos os cuidados de saúde e de apoio social, sempre que a pessoa acolhida deles necessite, mas também desenvolvendo e incentivando a sua participação e relacionamento entre a família e na vida da comunidade, num ambiente de conforto e familiar, quer seja um acolhimento permanente ou temporário.

Este tipo de resposta tem evidenciado um aumento significativo nos últimos tempos. O número médio de pessoas acolhidas por família subiu, entre 2000 e 2011 para 1,8. O grupo-alvo com maior peso nesta resposta é o dos idosos, representando 43,4 % no conjunto das pessoas acolhidas (Carta Social, 2011).

Em 2011, a taxa média de utilização do conjunto das respostas sociais em análise situa-se em 122 %, o que para além de traduzir um aumento comparativamente com o ano anterior, também denota a continuação de sobrelotação, particularmente dos Centros de Alojamento.

2.1.5. Estruturas Residenciais:

Desenvolvida com o objetivo de proporcionar um alojamento coletivo num contexto de Residência Assistida, para pessoas idosas ou em situação de risco ou perda de



autonomia das suas funcionalidades, as Estruturas Residenciais, constituem-se como uma resposta social destinada a prestação de cuidados continuados ou intensivos, e ainda de apoio bio-psico-social, em regime de internamento, orientados para a promoção da qualidade de vida e o desenvolvimento de um envelhecimento autónomo, ativo e integrado.

O Despacho Normativo n.º 28/2006, de 3 de Maio vem identificar 2 tipos de estruturas residenciais:

- O lar residencial é um equipamento para acolhimento de pessoas com deficiência, que se encontram impedidas, temporária ou definitivamente, de residir no seu meio familiar.
- A residência autónoma é uma residência ou apartamento para acolher pessoas com deficiência que, mediante apoio, possuem capacidade de viver autonomamente.

A residência autónoma distingue-se do lar residencial, fundamentalmente, por constituir a resposta mais centrada no processo de autonomia para os que, com apoio, possuem capacidade para gerir a sua vida e a sua relação com os outros e projetar a sua inserção social e profissional.

Constituem-se como objetivos principais destas respostas:

- Promover qualidade de vida;
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática bio-psico-social das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; privilegiar a interação com a família e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
- Promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária.

De acordo com o Despacho Normativo n.º 28/2006, de 3 de Maio que regulamenta as condições de organização, instalação e funcionamento das estruturas residenciais, são ainda objetivos das estruturas residenciais:

- Disponibilizar alojamento e apoio residencial permanente ou temporário;



- Promover condições de vida e de ocupação que contribuam para o bem-estar e qualidade de vida adequadas às necessidades específicas dos seus destinatários;
- Promover estratégias de reforço da autoestima e da valorização e de autonomia pessoal e social;
- Assegurar condições de estabilidade aos destinatários, reforçando a sua capacidade autonómica para a organização das atividades da vida diária;
- Prestar apoio na integração escolar, em centros de atividades ocupacionais, na formação profissional, no emprego protegido ou no acesso ao mercado normal de trabalho;
- Privilegiar a interação com a família e com a comunidade, no sentido da respetiva integração social.

Segundo a Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março, a estrutura residencial detém como princípios fundamentais de atuação, os princípios de qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade. Com base numa Interdisciplinaridade, pretende-se a participação e coresponsabilização do residente, representante legal ou dos seus familiares na elaboração de um plano individual de prestação de cuidados sociais e de saúde, promovendo a manutenção da sua autonomia, através de uma avaliação integral das suas características e necessidades.

Deve por isso, permitir a convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses, a participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do residente, bem como, a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.

Assim sendo, a estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;
- Cuidados de higiene pessoal;
- Tratamento de roupa;



- Higiene dos espaços;
- Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir, para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- Administração de fármacos, quando prescritos.

Na concretização dos seus objetivos, as estruturas residenciais, tendo em conta as capacidades e potencialidades dos seus utilizadores, desenvolvem atividades que garantam e proporcionem:

- Apoio efetivo para a promoção do exercício da autonomia numa ótica de coresponsabilização;
- Participação na organização e gestão da vida diária, de harmonia com as respetivas capacidades;
- Ambiente que permita uma vivência que se aproxime do modelo familiar e promova o bom relacionamento entre os residentes;
- Frequência de estruturas de ensino, centros de atividades ocupacionais, formação profissional, emprego e acesso ao mercado normal de trabalho e participação em atividades de lazer, desportivas e outras;
- Alimentação adequada às necessidades dos destinatários, higiene e conforto;
- Apoio necessário, nomeadamente na higiene pessoal e nas refeições;
- Participação dos familiares, sempre que possível, desde que corresponda à vontade do utilizador e contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psíquico/afetivo (Despacho Normativo n.º 28/2006).

É assim, fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.



2.1.6. Centro de Férias e lazer:

Centro de Férias e Lazer é uma resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

Segundo o Instituto da Segurança Social, os objetivos desta resposta são, sobretudo, proporcionar:

- Estadias fora da sua rotina de vida
- Contactos com comunidades e espaços diferentes
- Vivências em grupo, como formas de integração social
- Promoção do desenvolvimento do espírito de interajuda
- Fomento da capacidade criadora e do espírito de iniciativa.

2.1.7. Serviço de apoio domiciliário (SAD):

O Serviço de Apoio Domiciliário, segundo o Instituto da Segurança Social, é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

O SAD, é regulamentado, pela primeira vez, a nível Estatal, através do Decreto-Lei nº 141/89, que regulamenta o exercício da função de Assistente Familiar. O mesmo diploma determina ainda que *“o apoio social prestado por estes profissionais deverá privilegiar a abordagem psicossocial e a vertente ocupacional, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais, tendo em vista facilitar a manutenção de idosos, dependentes e deficientes no seu contexto sociofamiliar, garantir a continuidade da vida familiar nas situações de doença ou de impossibilidade de outra ordem dos membros da família que habitualmente garantem os cuidados do lar e estimular a integração e o*



próprio desenvolvimento da solidariedade ao nível das comunidades abrangidas pela ação”.

O Despacho Conjunto nº 407 vem, em 1998, enunciar as respostas sociais e criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da ação social dirigida às pessoas em situação de dependência, de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sociofamiliares em que se inserem. Vem assim enunciar que *“qualquer intervenção na saúde ou na ação social deve, fundamentalmente, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio”.*

O Serviço de Apoio Domiciliário, tal como o entendemos atualmente é estabelecido em 1999, pelo Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro, que vem determinar o serviço de apoio domiciliário como uma “resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária”. Assim, entende-se por SAD a disponibilização de serviços necessários a pessoas dependentes, que não podem ser prestados de forma adequada pela família ou pelos amigos, e que lhes permitem permanecer nas suas casas.

Segundo o mesmo Despacho, o Serviço de Apoio Domiciliário deve proporcionar um conjunto diversificado de serviços, em função das necessidades das pessoas, nomeadamente:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;



- Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD;
- Acompanhamento das refeições;
- Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD;
- Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O Serviço de Apoio Domiciliário, deve assim, organizar-se como um serviço de prestação de cuidados humanizados, multidisciplinar, vocacionado para o tratamento, prevenção, ensino e treino, centrados na promoção do auto cuidado, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais, designadamente voluntários, vizinhos e amigos, num clima de segurança afetiva, física e psíquica e numa perspetiva de Envelhecimento Ativo durante o tempo de utilização da Resposta Social.

Os principais objetivos do serviço de apoio domiciliário, como resposta social, segundo o MTSS (2006), são assim:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
- Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para seu equilíbrio e bem-estar;
- Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações interfamiliares;
- Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.



Ao instituir-se legalmente a resposta social do serviço de apoio domiciliário, no âmbito de medidas de política destinadas à população em situação de dependência, procurou-se que a mesma possibilitasse uma oferta de serviços diversificada, cujo acesso correspondesse à concretização de direitos de cidadania (Pimentel & Mesquita 2003). Em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário, tem-se, desta forma, desenvolvido, sobretudo através de parcerias, envolvendo, nomeadamente, Centros Regionais de Segurança Social, Instituições Particulares de Solidariedade Social, Misericórdias, Cooperativas, Centros Sociais e Paróquias, bem como, por entidades particulares, com ou sem fins lucrativos. O investimento público e privado realizado nesta área tem permitido não só o aumento do número de respostas sociais e de lugares, bem como, a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida, sempre que isso seja possível.

De acordo com os dados da Carta Social de 2010, produzida pelo Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, as principais valências dirigidas às Pessoas Idosas registam um aumento exponencial de 65%, o que se reflete em mais 2,600 respostas desde 1998. De entre as sete respostas sociais, o Serviço de Apoio Domiciliário regista um aumento de 92,9%, relativamente ao mesmo período, como resultado do forte investimento público que tem sido realizado nesta área, tendo em vista o aumento da capacidade instalada, e, no caso do SAD, a manutenção do idoso no seu meio habitual de vida. O SAD é ainda a valência que tem apresentado um desenvolvimento mais expressivo ao nível da melhoria na capacidade de resposta no âmbito desta população-alvo (138 % por referência a 1998), o que explica a importância que tem e continuará a ter no futuro a prestação de cuidados no domicílio.

O SAD apresenta-se assim, como uma resposta social cada vez mais em desenvolvimento, com uma crescente relevância na sociedade atual e no seio familiar. Permite, não só o apoio aos familiares do idoso ou indivíduo em situação de dependência, bem como a permanência deste no conforto do seu domicílio, garantindo a satisfação das necessidades dos idosos e a manutenção do seu estilo e hábitos de vida.

De acordo com a Carta Social (2010), a preponderância desta resposta social concentra em si, 90% das respostas sociais existentes, para todas as faixas etárias, sendo que, a faixa etária mais idosa representa 52,4%.



Estes sete serviços de proximidade, Centro de convívio, Centro de dia, Centro de noite, Acolhimento familiar, Estruturas residenciais, Centro de férias e lazer e o Serviço de Apoio Domiciliário, visam sobretudo, o incentivo ao exercício da cidadania, participação das pessoas idosas e em situação de dependência na elaboração do seu plano de cuidados, a proximidade nos cuidados, bem como o envolvimento das famílias e/ou dos cuidadores principais na prestação de cuidados, tendo como objetivo primordial a promoção da autonomia, da integração social e da saúde.

Em 2011, o conjunto de respostas direcionadas para a população idosa compreendia mais de metade (53%) do total de respostas sociais existentes, refletindo o peso e as necessidades deste grupo-alvo no seio da população portuguesa.

A análise por natureza jurídica das entidades proprietárias de respostas iniciadas em 2011, evidencia, tal como o número de equipamentos, uma predominância de respostas de entidades não lucrativas, representando, 73%, o que vem reforçar o papel que a rede solidária tem desempenhado enquanto catalisador no desenvolvimento de novas respostas de apoio à população idosa. É de salientar que da totalidade dos concelhos do Continente (278), 241 detêm 10 ou mais respostas destinadas ao apoio às pessoas idosas.

Atendendo a todas estas necessidades e especificidades acerca do envelhecimento e a par destas respostas sociais, surge em Portugal em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que assenta fundamentalmente em três pilares:

- A promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida;
- Uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- A promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes promotores de autonomia e independência das pessoas idosas.

Em suma, podemos concluir que as políticas e respostas sociais vão sobretudo no sentido de privilegiar o domicílio como local de eleição para a prestação de cuidados às pessoas dependentes, onde uma grande parte são pessoas idosas, responsabilizando as famílias/cuidadores informais pela prestação desses cuidados. O desafio das Políticas Sociais passará, assim, pela adoção de um modelo de organização e de trabalho multidisciplinar, que se traduzirá numa maior eficácia das respostas sociais e por uma



maior eficiência na resolução dos problemas concretos dos cidadãos e das suas famílias.

Pretende-se assim, que a Rede Social se baseie num princípio de igualdade e de respeito, pelas potencialidades das respostas sociais e das parcerias entre as entidades públicas e privadas, com vista à participação e colaboração de todas as partes envolvidas na concretização de objetivos e ações com vista à garantia dos direitos das pessoas idosas ou com deficiência, promovendo a sua integração social e profissional, bem como a criação de soluções de complementaridade ou de alternativa à situação familiar que contribuam efetivamente para a sua autonomia, valorização pessoal e desenvolvimento.

Assim sendo, a questão central que se coloca atualmente, é, de que forma poderemos num futuro próximo, organizar as respostas sociais, para que os cuidados sejam efetivamente prestados onde exista excelência e competências e como poderão ser operacionalizados os serviços cuja resposta mais adequada é na comunidade. O projeto proposto neste projecto de Mestrado diz respeito à identificação das necessidades do cuidador principal na prestação de cuidados informais à pessoa dependente, seja no domicílio ou em contexto institucional e na proposta de uma solução para responder a essas necessidades, nunca perdendo de vista o objetivo primordial, a promoção da qualidade de vida de todas as pessoas idosas ou que se encontrem em alguma situação ou com algum nível de dependência.

2.2. “Qualidade” como característica atual na prestação de cuidados

O conceito “Qualidade de vida” é um conceito cada vez mais importante na avaliação e na compreensão da saúde, constituindo atualmente o objetivo fundamental para a avaliação da saúde e das intervenções sociais.

O debate sobre o seu significado não tem encontrado contudo, consenso. Durante a Segunda Guerra Mundial, o conceito de «vida boa» foi usado para se referir unicamente à conquista de bens materiais. Posteriormente, o conceito foi ampliado, para medir o desenvolvimento económico de uma sociedade, independentemente da riqueza estar ou não bem distribuída. Definiram-se os indicadores económicos (produto interno bruto,



rendimento per capita, taxa de emprego, entre outros) como instrumentos importantes para se medir e comparar a qualidade de vida entre cidades, regiões, países e culturas. Com o passar dos anos, o conceito foi sendo revisto e ampliado, para significar, além do crescimento económico, o desenvolvimento social (saúde, educação, trabalho, crescimento individual). Simultaneamente, também os indicadores se foram ampliando (saúde infantil, esperança de vida, escolaridade), acabando alguns Estados por estabelecer políticas de bem-estar social, o chamado Welfare State (Farquhar, 1995).

O termo “qualidade de vida” é enunciado pela primeira vez pela OMS, em 1947 como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. No entanto, é tornado “público”, por uma das maiores personalidades do século XX, o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando afirma que os objetivos de uma nação não podem ser mensurados através do balanço bancário, mas sim, da qualidade de vida proporcionada às pessoas (Fleck et al., 1999).

Desta forma, a qualidade de vida “objetiva” torna-se insuficiente para medir a qualidade de vida das pessoas, tornando-se necessário avaliar a qualidade de vida “percebida”, ou seja, o quanto as pessoas se sentem ou não satisfeitas com a qualidade das suas vidas, dando importância à definição dada pelas mesmas, sobre o que é a sua qualidade de vida, originando assim o conceito de qualidade de vida “subjéctiva” (Bowling, 1995).

Segundo o Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em 1994, podemos desta forma entender que o conceito de “qualidade de vida é a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência”.

Não obstante o não existir ainda um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspetos fundamentais referentes a este conceito foram obtidos: subjéctividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas.

Desta forma, o reconhecimento destes três aspetos refletiu-se na criação e desenvolvimento pelos Estados de uma estrutura de avaliação das respostas sociais para a criação e manutenção de ganhos na saúde e bem-estar dos indivíduos, através da



melhoria da qualidade na prestação dos serviços. Esta estrutura é assim baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais, tendo como meta a avaliação dos indivíduos e prestadores com vista a melhoria da qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1994).

Com base nestes domínios, é criado pela primeira vez, em 1994, pela OMS e pela Whoqol Group, um instrumento de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-100, que consiste num instrumento de autoavaliação da qualidade de vida.

O termo “qualidade de vida”, ou seja, a forma como as pessoas percecionam e valorizam a sua vida, acaba por estar paralelo à qualidade dos serviços prestados. A forma como as pessoas percecionam a sua vida está diretamente relacionada com o tipo de cuidados que lhes são prestados e a forma como tais cuidados são prestados. Avaliar a Qualidade de Vida das pessoas é um aspeto que cada vez tem maior relevância, dada a crescente prevalência de doenças crónicas e, por sua vez, o aumento da esperança de vida.

De forma a promover o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida e a qualidade na prestação de cuidados na área da saúde foi criado em 2003 o Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, tendo sido assinado em Março do mesmo ano pelos parceiros sociais, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, União das Misericórdias Portuguesas e União das Mutualidades Portuguesas. Esta medida de Política Social, cuja gestão foi assumida pelo Instituto de Segurança Social, tem por principal finalidade assegurar o acesso dos cidadãos a serviços de qualidade, adequados às suas necessidades e expectativas.

O ISS desenvolveu assim um Modelo destinado a implementar Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) nas IPSS com quem trabalha, bem como nas organizações particulares de mercado que oferecem serviços sociais. O Modelo de Qualidade baseia-se em conceitos chave da Teoria da Qualidade como orientação para os resultados, focalização no cliente, liderança e constância de propósitos, gestão por processos e por factos, desenvolvimento e envolvimento das pessoas, aprendizagem, melhoria e inovação contínuas, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social. Um Sistema de Gestão da Qualidade deverá assim ter o seu enfoque nas pessoas, com o objetivo de



satisfazer as suas necessidades e conseguir a máxima satisfação dos clientes, numa base multidisciplinar e de aprendizagem permanente, numa melhoria continua para o sucesso organizacional.

O Modelo de Avaliação da Qualidade, elaborado pelo ISS (2003) é um referencial normativo que se baseia nos princípios de gestão da qualidade e onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais. Tem por objetivos ser um instrumento de diferenciação positiva das respostas sociais, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados; ser um instrumento de autoavaliação, permitindo rever de uma forma sistemática o desempenho da organização, as oportunidades de melhoria e a ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem; apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento, nomeadamente através da melhoria da eficiência e da eficácia dos seus processos, maior grau de participação dos clientes nos serviços que lhes são destinados, maior dinamização e efetivação da participação da família no âmbito da resposta social, aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, colaboradores, fornecedores, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade em geral.

Paralelamente, surge em 2005 o Projeto Qualidade, candidatado e aprovado pela Iniciativa Comunitária EQUAL. O projeto foi apreciado no contexto de cinco grandes prioridades, Empregabilidade, Adaptabilidade, Espírito Empresarial, Igualdade e Requerentes de Asilo. O Projeto Qualidade desenvolveu as suas atividades nas respostas sociais Apoio Domiciliário, Lar de Idosos e Cuidados Continuados Integrados e desenvolveu-se em três ações:

- Fase de Diagnóstico em que se procurou conhecer e confirmar os dinamismos do envelhecimento em Portugal; aprender com as experiências de outros países que, enfrentando primeiro este fenómeno, já desenvolveram esforços e encontraram soluções de Qualidade; mobilizar parceiros estratégicos capazes de construir instrumentos que permitam o foco permanente da atividade no Cliente/Utente, nas suas necessidades e na avaliação da sua satisfação; analisar toda a legislação nacional que regulamenta as respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados;



- Fase de Desenvolvimento, em que de acordo com a estratégia definida, o trabalho desenvolvido teve por base os Modelos de Avaliação da Qualidade do Instituto da Segurança Social para as respostas sociais Apoio Domiciliário e Centro de Dia e o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). Foi efetuado o estudo da adaptabilidade dos modelos de referência, visando simultaneamente confrontar a situação e as características das organizações prestadoras de cuidados, em cada resposta social, com as exigências dos próprios referenciais, e, por outro, identificar instrumentos e elementos cuja relevância suscita a necessidade de incorporação ou complemento, em relação aos próprios modelos de referência, de forma a facilitar a incorporação e adaptação das orientações de qualificação das diferentes respostas sociais.
- Fase de Disseminação, que, tal como o nome indica, teve como objetivo promover a disseminação dos produtos desenvolvidos no âmbito da Ação 2, de acordo com uma lógica de apropriação, incorporação e divulgação nas práticas das organizações dos produtos concebidos, com vista à melhoria sustentada dos processos e da prestação dos serviços, através de um acompanhamento programado e continuado das entidades incorporadoras dos produtos.

O Projeto Qualidade visou quatro grandes objetivos:

- A implementação de políticas e processos de qualificação de equipamentos e serviços das respostas sociais Lar de Idosos, Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados Integrados;
- A adoção de metodologias que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança;
- Conciliar a adoção dos princípios normativos subjacentes às políticas públicas de qualificação de respostas sociais com a realidade específica das organizações e a sua identidade;
- Facilitar e modernizar os processos de gestão da informação, racionalizando processos e promovendo a eficácia e eficiência (Sequal, 2004).

Em suma, importa salientar que os sistemas políticos e sociais atuais deverão promover os direitos do indivíduo enquanto cidadão de um Estado Social de Direito,



nomeadamente pelo facto de garantirem que os serviços são prestados com a Qualidade que estes merecem, procurando dar resposta às suas necessidades e garantir a sua satisfação. O indivíduo deixa de ser entendido como “utente”, a quem é oferecido um serviço baseado em sentimentos caritativos para passar a ser entendido como “cliente”, que contribui para a manutenção do Sistema de Segurança Social, e que como tal, tem direito àqueles serviços e a que estes sejam prestados com a qualidade que merece. Neste sentido, a Qualidade surge como imperativo ético e profissional para as organizações do Terceiro Sector e da Economia Social.



Capítulo 3 – Identificação do Problema, Objetivos Gerais do Projeto e Metodologia

3.1. Identificação do problema

As alterações económicas e sociais verificadas nos últimos anos, tendo como consequência o progressivo envelhecimento da população e a alteração progressiva na formação e dinâmicas familiares, tem significado uma crescente incapacidade dos indivíduos e das suas famílias, tanto pela falta de tempo mas também pela crescente incapacidade financeira, de fazerem face as exigências que a própria realidade exige, bem como o acompanhamento adequado aos seus familiares, cada vez mais envelhecidos e com cada vez mais situações de dependência.

O serviço de apoio domiciliário apresenta-se como uma resposta cada vez mais pertinente e que pode contribuir para colmatar algumas das dificuldades com que os indivíduos e /ou o seu agregado familiar se debatem quotidianamente.

As principais vantagens desta resposta social passam numa primeira instância, pela melhoria dos cuidados prestados, partilha de boas práticas, reafectação de recursos, melhoria do acesso e adequação das respostas sociais, promoção da qualidade, partilha de responsabilidades, e sobretudo, pela satisfação do utente e dos profissionais.

A seleção do tema deste trabalho e o próprio desejo de o investigar foi orientado, não só por uma motivação pessoal mas, sobretudo, pelas necessidades crescentes da sociedade em que vivemos, da constante necessidade de apoio familiar e na crescente necessidade de respostas sociais que permitam não só o apoio ao indivíduo em situação de dependência mas sobretudo às suas famílias.

Com efeito, o envelhecimento da população é uma realidade e apresenta-se como um desafio social e económico da maior importância para os Estados-Membros da União Europeia. Atualmente, verifica-se um contexto de diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança de vida ou da longevidade dos cidadãos. A conjugação destes dois fatores fará com que a sociedade Portuguesa do futuro seja cada vez mais envelhecida (Carta Social, 2009).



Este trabalho visa assim propor uma solução para um problema identificado, o envelhecimento da população e consequentemente o aumento de situações de dependência, bem como, a incapacidade dos familiares e do Estado em prestar o apoio necessário e assegurar as respostas sociais.

3.2. Objetivos Gerais

Partindo da premissa da evolução constante do conhecimento empírico que não se mostra estanque no tempo e no espaço, este trabalho desenvolve, numa primeira instância, um quadro teórico para, numa segunda instância, propor um projeto de implementação de um novo tipo de resposta social, com base na observação de factos e fenómenos sociais, bem como, na análise das necessidades da sociedade atual.

O objetivo primordial deste trabalho, é assim, responder à necessidade de criação de novas respostas sociais, através da criação de uma empresa de prestação de cuidados a pessoas idosas e/ou qualquer pessoa em situação de dependência, prestando cuidados de saúde, higiene, promovendo o acompanhamento das famílias e a diminuição da exclusão social, típica deste grupo populacional, através da formação pessoal e familiar das famílias e dos idosos, bem como pelo acolhimento social, através da promoção da saúde e da sua capacidade funcional. Numa sociedade cada vez mais envelhecida, em que o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário, criando a necessidade de dar mais atenção à prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, a elaboração e construção da Rede Global de Assistência familiar (RGAF) vem assim, tentar dar respostas, através da prestação de cuidados formais à pessoa idosa dependente no domicílio e seus familiares.

3.3. Metodologia

Este projeto foi desenvolvido tendo por base e inspiração a metodologia da investigação-ação, utilizada nas ciências sociais. Este modelo torna-se assim de extrema importância por constituir uma resposta inovadora e prática da realidade social mas também por abrir

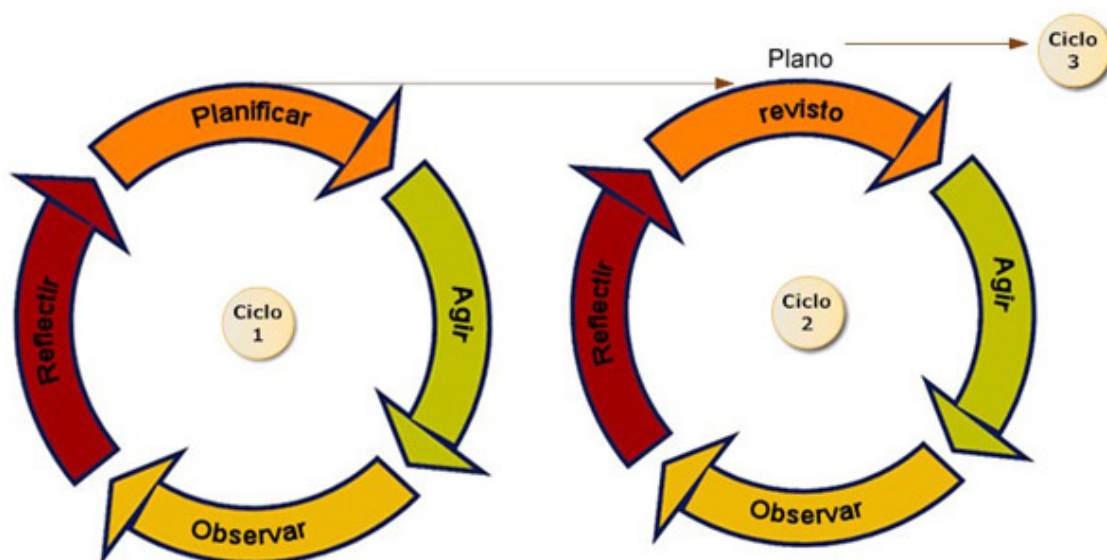
novos caminhos, horizontes, mentalidades e permitir ao investigador um conhecimento mais vasto e objetivo da realidade social e a implementação de novas respostas sociais adaptadas às crescentes necessidades e transformações sociais.

Tal como o nome indica, investigação-ação é uma metodologia que tem o duplo objetivo de ação e investigação, no sentido de obter resultados em ambas as vertentes:

- Ação – para obter mudança numa comunidade;
- Investigação – no sentido de aumentar a compreensão da realidade observada.

De uma forma simplificada podemos assim identificar a Investigação-ação como uma metodologia de investigação orientada para a melhoria e transformação da realidade social, em diversos campos de ação, orientando a melhoria das práticas de mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessas mudanças, permitindo a participação de todos os intervenientes na mudança social. É assim usada basicamente como uma modalidade de investigação qualitativa, uma vez que o seu objetivo é a promoção de mudanças sociais onde o investigador se envolve ativamente na compreensão e promoção dessas mudanças.

Figura 1 – Espiral de ciclos da Investigação-ação (Coutinho et al., 2009:366)





Segundo Coutinho et al (2009) a investigação-ação pode ser descrita como uma família de metodologias de investigação que incluem simultaneamente ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão), com base num processo cíclico ou em espiral, que alterna entre ação e reflexão crítica, e em que nos ciclos posteriores são aperfeiçoados os métodos, os dados e a interpretação feita à luz da experiência (conhecimento) obtida no ciclo anterior.

Podemos assim entender a investigação-ação como um conjunto progressivo de ciclos de planificação, ação, observação e reflexão. É, portanto, um processo sistemático de aprendizagem através da observação da realidade social orientado para a prática/ação de um projeto de intervenção e consequentemente uma reflexão dessa mesma prática e da progressiva implementação do projeto, melhorado consecutivamente a partir desta.

Segundo Descombe (1999), a investigação-ação é assim uma metodologia de pesquisa essencialmente prática e aplicada que se rege pela necessidade de resolver problemas reais, revestindo-se de algumas características fundamentais:

- Participativa e colaborativa, no sentido em que implica todos os participantes no processo. Todos são coexecutores na pesquisa. O investigador não é um agente externo que realiza investigação com pessoas, é um co investigador com e para os interessados nos problemas práticos e na melhoria da realidade.
- Prática e interventiva, pois não se limita ao campo teórico, a descrever uma realidade. A ação tem de estar ligada à mudança e é sempre uma ação deliberada.
- Cíclica, porque a investigação envolve uma espiral de ciclos, nos quais as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança, que são então implementadas e avaliadas como introdução do ciclo seguinte. Temos assim um permanente entrelaçar entre teoria e prática.
- Crítica, na medida em que a comunidade crítica e é criticada, na procura de melhores práticas e como agente de mudança, sendo crítica e autocrítica de si mesma.
- Auto avaliativa, porque as mudanças são continuamente avaliadas, numa perspetiva de adaptabilidade e de produção de novos conhecimentos.



Para Cohen e Manion (1994) o desenvolvimento de um projeto de Investigação-ação poderá concretizar-se através da identificação, avaliação e formulação de um problema, baseado numa discussão preliminar do mesmo e das suas características. Em algumas situações, pode envolver uma revisão bibliográfica para encontrar pontos de convergência com outros estudos, envolvendo uma modificação ou redefinição do problema inicial.

É necessário ter em consideração que a avaliação deverá ser contínua e deverá incluir a recolha de dados, permitindo assim a implementação do projeto. Deverá conter ainda a interpretação dos dados, as conclusões e a avaliação global do projeto.

Assim, a ideia da integração neste projeto surge, em contexto informal, pela junção de um ideal comum, a necessidade de realização de um trabalho no âmbito de um mestrado, conciliado com a necessidade de uma temática social, original e inovadora e a vontade de dinamizar a ação social e as respostas sociais. No quadro de uma proposta de criação de uma empresa inovadora na área da saúde e dos seguros, surge assim o convite, o ideal e a prática interventiva aqui apresentada.

A intervenção da autora desta dissertação na RGAF consistiu na prestação de uma consultadoria na área das ciências sociais, presente desde a conceção da ideia inicial até à sua aplicabilidade prática e efetiva à realidade atual, bem como, a integração da perspetiva das ciências sociais nas questões relacionadas com a oferta de serviços de saúde e apoio social, objetivo principal da empresa.

A experiência e a investigação teórica desenvolvida pela autora na área das ciências sociais, expressa na revisão de literatura anteriormente apresentada, permitiu dar apoio na elaboração de um plano de ação e de implementação do projeto proposto, através da análise da realidade social atual, suas características e necessidades. Numa vertente prática, foram ainda desenvolvidos, no contexto deste trabalho, os fundamentos para a avaliação, não só da realidade mas também dos intervenientes no projeto, nomeadamente, clientes e residências, através da elaboração de questionários de avaliação e autoavaliação dos mesmos, da criação de escalas de medição do grau de dependência e da capacidade funcional, bem como de estruturas físicas e sociais. A nossa intervenção prendeu-se também com a investigação das respostas sociais atualmente existentes, não só a nível geográfico como por área de atuação e tipo de



resposta. Foram criadas as bases de dados e os fundamentos para o contacto com cada estrutura e a possibilidade de um trabalho em parceria para a promoção da mudança social. Finalmente, a consultadoria prestada prendeu-se com o apoio na criação de um modelo organizativo e na criação/estruturação de um projeto de intervenção social com cariz empresarial, desde a criação e identificação de equipas e áreas de atuação, bem como do público-alvo, rede de prestadores/parcerias e serviços a prestar, virado para a área social aliada à promoção da saúde e bem-estar, num projeto fundamentado, em áreas multidisciplinares, construído numa base de organização simples e de prática interventiva, nas diversas áreas da vida humana e da realidade social.

Analizadas estas questões prévias, trataremos de enunciar a composição do trabalho de projeto. Assim sendo, a metodologia adotada no presente projeto divide-se em duas partes principais:

A primeira procura fornecer um enquadramento teórico conceptual acerca da família, suas mudanças e necessidades, no apoio a indivíduos em situação de dependência, tema central neste trabalho, descrevendo e analisando alguns conceitos e principais estratégias do Serviço Social, ao nível das respostas formais e informais.

A segunda parte procura fornecer orientações práticas para a criação e gestão de um projeto de prestação de cuidados, através da criação de uma empresa de apoio familiar e trata não só de contextualizar o tema mas também de responder a questões que se preendem, com o desenho e criação de um projeto e a sua implementação prática.

O primeiro contacto com o tema do projeto consistiu numa pesquisa bibliográfica, já que esta permite uma aproximação do investigador com a informação disponível. Esta pesquisa, através da leitura de literatura relevante, constituiu o primeiro passo e a ação preliminar essencial para o projeto e para a pesquisa da realidade social atual.

A pesquisa documental assumiu-se assim como uma tarefa fundamental ao poder obrigar a especificar, corrigir e ampliar as primeiras formulações, lembrar outras linhas metodológicas e outros desenvolvimentos. Pode ainda contribuir para a definição mais precisa de conceitos e aperfeiçoar a respetiva operacionalização.

Os métodos e técnicas de investigação prenderam-se, sobretudo, com o uso de fontes documentais secundárias e terciárias. A pesquisa de literatura relevante constituiu um passo essencial no projeto de pesquisa. Artigos académicos, Relatórios Anuais, Índices,



Resumos e Bibliografias foram utilizados em todo o processo de pesquisa. Toda a pesquisa bibliográfica permitiu assim, um primeiro contacto com o tema e a familiarização com o volume de informação disponível.

Em suma, a metodologia utilizada aproximou-se da estratégia de investigação-ação o que permitiu a obtenção de conhecimentos acerca da realidade, criando capacidades e fomentando a criação de um projeto inovador e singular que poderá proporcionar a produção de mudanças sociais e ainda a formação e competência de todos os intervenientes.



2ª Parte – Projeto de Intervenção

1. RGAF - Rede Global de Assistência Familiar

A prevenção da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população constituem uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência das pessoas, obrigando, concomitantemente, a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e à doença e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.

A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que, ocorrendo frequentemente na população, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e atuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa (DGS – Circular Normativa 13/DGCG, 2004).

A Rede Global de Assistência Familiar (RGAF) vem assim dar resposta as necessidades sociais contemporâneas de forma a colmatar a desadequação dos serviços atualmente existentes. Pretende ser uma resposta baseada numa nova abordagem nos cuidados de saúde, para as famílias, idosos e para indivíduos em situação de dependência, permitindo aos indivíduos a permanência no seu domicílio por mais tempo, ajudando e formando as famílias para o trabalho de cuidar, tendo sempre em vista retardar a institucionalização.

Conhecendo a realidade e as necessidades, podemos adequar cada vez mais a atuação e os níveis de cuidados a prestar. O objetivo máximo é a valorização e otimização do grau de independência e de qualidade de vida de cada ser humano, tendo não só em conta o seu estado de saúde e autonomia mas também os seus valores, objetivos de vida e motivações.

1.1. Objetivos e Missão:

A RGAF pretende-se uma empresa independente, constituída por profissionais especializados pela gestão de serviços de assistência a pessoas, fomentando o desenvolvimento de atividades em diversas áreas da Assistência Familiar, suportadas por uma rede nacional e internacional de prestadores convencionados, baseada no domínio e conhecimento profundo do mercado Português, com fortes influências nos sectores das Pessoas e Saúde.

As duas áreas de atuação principais irão afirmar-se na assistência sénior e a pessoas idosas dependentes, mas também na assistência pós-parto.

Numa segunda fase do projeto, pretende-se fomentar o cuidado às pessoas com qualquer grau de dependência, independentemente da idade, e desenvolver a assistência sénior a outras áreas de atuação de atividades de tempos livres, entre outras.

A missão da RGAF é dar resposta às necessidades de todas as famílias em Portugal, em todos os níveis do ciclo familiar, desde o nascimento do indivíduo até ao seu falecimento, colocando a ênfase no cuidador principal, tornando-se companhia líder de mercado no âmbito da assistência familiar a pessoas em situações de “dependência”.

Pretende-se, desta forma, que a prestação de cuidados seja feita com o mais alto nível de qualidade, trabalhando com parceiros que executem as suas tarefas e atividades com o mesmo nível de qualidade, sempre com base num conjunto de valores, designadamente:

- **Orientação ao cliente Interno e Externo**, que implica a satisfação das expectativas dos clientes e da equipa de trabalho, tentando superar as mesmas, com flexibilidade e agilidade na comunicação com os outros e vontade de escutar, escutar, escutar e entender o cliente.
- **Confiança**, que requer a confiança nos grupos de interesse – equipa de trabalho, clientes, utentes/segurados, parceiros de negócio, prestadores de serviços, acionistas e fornecedores - através da perceção de atitude de integridade, lealdade, honestidade, sinceridade e transparência.



- **Compromisso**, que envolve o compromisso sem reservas com a sociedade e com as expectativas dos grupos de interesse; fomentar os benefícios e recomendações da assistência às famílias nas diversas áreas de intervenção.
- **Excelência e Profissionalismo**, que tem por objetivo atingir a excelência, no sentido da qualidade total aplicada e melhoria contínua, atuando com profissionalismo, rigor e contínua formação das competências.
- **Espírito de Equipa**, isto é, de cooperação com grupos de interesse, de forma a conseguir o êxito mútuo, participando nas respetivas cadeias de valor.
- **Esforço e Iniciativa**, pretendendo fomentar o espírito proactivo e o esforço na melhoria contínua, sem receio do fracasso e aprendendo com os erros de percurso.
- **Criatividade e Inovação**, pretendendo satisfazer com criatividade e inovação tecnológica, as novas formas de gerir os diversos grupos de interesse, equipa de trabalho, clientes, utentes/segurados, parceiros de negócio, prestadores de serviços, acionistas e fornecedores, adaptando-se às suas necessidades, com uma mentalidade de mudança e melhoria contínua, como motor gerador de vantagens diferenciadoras.
- **Entusiasmo**, na Gestão, com pensamento positivo, bom humor e talento, compartilhando os mesmos com todos os parceiros de trabalho.

Como consequência do aumento significativo da necessidade de cuidados às pessoas no seu domicílio e a pouca disponibilidade dos cuidadores informais, a procura de cuidados sociais e de saúde é hoje maior que nunca. A ajuda prestada ao domicílio compreende a provisão de serviços e equipamentos, a prestação de cuidados sociais e de saúde aos doentes em casa, com o objetivo de manter ou restaurar o nível máximo de função, conforto e saúde. A competência do cuidador pode, em muitos casos alongar o tempo de permanência do idoso no domicílio e prevenir a institucionalização precoce ou desnecessária.

1.2. Estrutura Organizacional:

De forma sucinta, a RGAF será composta por um Diretor Geral e uma Diretora Técnica de Serviços e desenvolverá a sua atividade no âmbito dos seguintes departamentos:

- Apoio Domiciliário;



- Lares e Residências;
- Assistência Pós-parto;
- Secretariado;
- Apoio ao cliente

Os cuidados serão prestados por uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e ajudantes familiares.

1.3. Parceiros/ Prestadores de Serviços:

Para a prestação de serviços aos grupos alvo selecionados, a RGAF pretende estabelecer uma equipa dinâmica de profissionais de assistência, com representatividade em todo o território nacional (continente e ilhas), com consolidada experiência na atividade e no sector. Simultaneamente serão fomentadas ligações estreitas com parceiros em toda a península ibérica (prestação de serviços também em Espanha), e com outras entidades na área dos seguros de assistência pessoal e familiar. Os parceiros serão Lares Residências e grandes Empresas. Cada departamento realizará as suas atividades através de uma equipa multidisciplinar de especialistas nas diversas áreas de intervenção, sendo composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

1.4. Clientes:

Os principais clientes da RGAF serão Seguradoras e outras entidades representativas de grandes grupos de pessoas, particulares e empresas, para oferecer a todos os seus utentes/segurados, serviços de Assistência Familiar, nas diversas valências e especialidades protocoladas, com particular enfoque na assistência pós-parto ao domicílio e na assistência a seniores dependentes, baseadas em padrões de qualidade “standard”, proporcionando a todos os clientes atendimento telefónico personalizado 24h/7dias por semana e o acesso a prestadores privados/técnicos especializados. A RGAF pretende assim, uma cobertura geográfica adaptada às necessidades de cada cliente e a prioridade de acesso aos equipamentos disponíveis a nível nacional (também âmbito ibérico especialmente nas zonas fronteiriças), com gestão integral da prestação



dos serviços, bem como, a uniformização e avaliação regular dos serviços efetuados, através de um inquérito de qualidade, sendo as residências parceiras regularmente auditadas e validadas, com emissão de certificado de garantia.

Os serviços serão prestados ao nível da formação familiar, apoio nas atividades diárias ao domicílio, apoio psicológico e de “concierge”¹. Estes serviços serão prestados de forma complementar às apólices de assistência à saúde, através dos lares ou residências ou de forma direta pelo cliente. Este novo conceito “concierge” permite oferecer pacotes culturais, agregando serviços de suporte ao cliente, como transporte, hospedagem, reservas em restaurantes, eventos e serviços, disponibilizando aos clientes conveniência, segurança e conforto.

A RGAF pretende ainda proporcionar aos seus clientes assessoria nos trâmites necessários para avaliar o grau de dependência do utente (serviço desenvolvido em conjunto com um técnico de apoio social), a cedência de equipamentos de apoio caso necessário, entre outros serviços pontuais.

1.5. Os serviços:

1.5.1. Assistência Familiar:

O objetivo da RGAF é proporcionar formação as famílias para poderem estas continuar em primeira instância a serem os principais cuidadores e prestadores de cuidados. Esta formação será prestada de acordo com cada realidade familiar e com as suas necessidades especiais e incidirá essencialmente em formação nos cuidados básicos de saúde ou higiene (como dar banho, pequenos cuidados de enfermagem como pensos e limpeza de feridas, layout das habitações, conforto, alimentação). Estes cuidados serão prestados por enfermeiros ou auxiliares de geriatria, adstritos a cada residência parceira. A escolha será feita através da área geográfica do cliente e terá uma duração média de 2

¹ A palavra francesa “Concierge” significa zelador pois o concierge zela pelo cliente e pelo seu bem-estar.

O concierge informa, aconselha, sugere, acompanha, de todas as formas possíveis, incluindo os serviços hoteleiros, facilidades recreativas, indicações e reservas de restaurantes, envio e guarda de bagagem, aluguel de transportes, indicações de viagens, etc.



a 3 horas. O papel da RGAF será orientar cada um destes profissionais, para que seja prestada a mesma informação das práticas a ter, ou seja, a uniformização da prática.

Esta uniformização irá não só, permitir uma atuação de qualidade mas também a fidelização das pessoas/clientes para com a RGAF. No caso da formação familiar ser insuficiente, serão prestados pela RGAF os cuidados necessários de enfermagem, no domicílio do cliente, de forma a manter tanto quando possível, a sua comodidade, autonomia e bem-estar.

1.5.2. Assistência a Pessoas Dependentes:

A perda de autonomia é um dos principais fenómenos que influencia a qualidade de vida da pessoa idosa, sobretudo quando esta perda se dá a nível psicológico e se relaciona com transtornos cognitivos e alterações da personalidade. Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos em Portugal, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa idosa dependente (Pimentel, 2001 e Paúl, 1997). O objetivo da RGAF é ajudar as famílias na prestação de cuidados aos seus dependentes. Numa primeira fase a assistência será proporcionada no cuidado aos idosos ao nível da realização dos cuidados básicos, de saúde, alimentares e de higiene, no seu domicílio, substituindo ou ajudando as famílias na prestação dos mesmos.

De forma a identificar o grau de dependência de cada cliente e as suas necessidades e auxiliar os parceiros na melhoria da qualidade da prestação dos serviços, construímos um questionário tipo com base no Índice de Katz, para medir o grau de dependência dos indivíduos. Este questionário, será aplicado, numa primeira fase, na chamada inicial efetuada pelo cliente. O atendedor deverá seguir o questionário base de forma a identificar o grau de dependência e necessidade do cliente de forma a poder transferi-lo para o serviço mais adequado. Numa segunda fase, será aplicado pelas residências parceiras, caso se verifique que o cliente precisa de internamento temporário ou definitivo. Será aplicado pelo médico ou enfermeiro residente.



1.5.3. Assistência Sénior:

A velhice é uma etapa da vida inerente a qualquer ser humano, tornando-se este território da idade mais amplo do que no passado pela contingência do envelhecimento demográfico. As questões da autonomia versus dependência revestem-se assim de grande importância na realidade atual. Neste âmbito, questiona-se se a solidariedade face a esta problemática deverá emanar primordialmente da família, da sociedade, ou de um esforço conjunto de ambas.

A RGAF pretende prestar assistência a indivíduos idosos autónomos mas que no entanto, vivem sozinhos nas suas habitações e não detêm qualquer apoio ou recurso familiar, bem como, a indivíduos idosos parcial ou totalmente dependentes. Para idosos que vivam com filhos ou familiares serão proporcionadas visitas domiciliárias pontuais (sénior-sitting) de forma a acompanhar estes idosos (autónomos ou dependentes) no período em que os familiares não se encontram na habitação, proporcionando vigilância ao idoso de forma presencial ou não presencial (tele-vigilância). A RGAF, através da equipa de call-center (Personal Assistant), composta por Técnicos de Serviço Social, prestará ainda apoio na marcação, encaminhamento e organização de consultas, exames, tratamentos e acompanhamento psicológico (encaminhamento para um psicólogo), assistência telefónica de emergência e aconselhamento 24h por dia.

Numa segunda fase, pretende-se ampliar o âmbito de atuação dos serviços através da criação do “Clube Sénior”. Este “Clube Sénior” atuará como “conciierge” no apoio ao idoso nas atividades da vida diária e de lazer.

1.5.4. Residências:

O motivo principal de ingresso no lar parece estar diretamente relacionado com a incapacidade do idoso, num determinado momento da sua vida, gerir as suas atividades de vida diária, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário nesse sentido. Tem-se observado que em alguns casos, o recurso ao Serviço de Apoio Domiciliário precede e retarda a efetivação da institucionalização no lar, sendo esta, para muitos idosos, a última opção em termos de apoio à dependência. Tendo em conta o envelhecimento progressivo da população e o aumento crescente do



número de pessoas a viverem sós em Portugal, este fenómeno do isolamento poderá vir a constituir uma prioridade na política social para a terceira idade, apresentando-se igualmente como um desafio a que a Ação Social e a própria Rede de Serviços e Equipamentos procurará responder através da sua dinâmica natural de adequação das respostas às necessidades emergentes.

O objetivo principal da RGAF é a constituição de parcerias de prestação de serviços com diversas residências identificadas por área geográfica e qualidade na prestação de serviços. Estas parcerias serão formalizadas através de contrato regulador de procedimentos a ter com os clientes. Este contrato identifica os serviços a prestar (acolhimento, alimentação, dinâmica sociocultural, alojamento, etc.), o tipo de estadia, bem como, o tipo de obrigações para com o cliente. O mesmo surtirá efeitos com autorização de ambas as partes – RGAF e cada responsável da cada residência.

Cada Lar Parceiro constitui-se como uma Resposta Social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento coletivo, num contexto de “residência assistida”, para pessoas com idade correspondente a estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda familiar, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado.

Constituem-se como objetivos principais desta resposta:

- Promover qualidade de vida;
- Proporcionar serviços permanentes e adequados a problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; privilegiar a interação com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;



- Promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária.

Só desta forma o cliente se pode sentir bem no âmbito dos serviços prestados pela Estrutura Residencial, isto é, se forem tidos em conta a sua maneira de ser e estar, a identidade, os hábitos de vida, as crenças religiosas, a cultura, as condições de vida, entre outros aspetos. Isto implica:

- Pensar o cliente como um ser afetivo e ativo, que, independentemente da sua situação, possui um projeto de vida e tem o direito de ser respeitado na sua identidade e individualidade, personalizando os serviços, gerindo de forma flexível e individualizada cada projeto de intervenção;
- Organizar dinâmicas de trabalho que proporcionem oportunidades para que o cliente possa comunicar os seus sentimentos e formular posicionamentos pessoais, sobre o que o envolve;
- Criar um ambiente calmo, flexível e responsável, adaptado aos interesses e necessidades de cada cliente, permitindo-lhe continuar o seu desenvolvimento individual;
- Orientar a prestação de serviços continuamente para o cliente, diagnosticando as suas necessidades e expectativas, os seus potenciais de desenvolvimento e criando oportunidades para a sua otimização.

Assim, a RGAF, na sua atividade pretende:

- Diferenciar as respostas de acordo com as condições particulares dos seus destinatários, de acordo com as circunstâncias próprias dos distintos territórios, no respeito pela equidade na distribuição dos recursos.
- Contratualizar as soluções assegurando que todos os intervenientes, cidadãos, famílias, instituições públicas e privadas são mobilizados e assumem compromissos nas intervenções de que sejam parte.
- Desenvolver as capacidades das pessoas, das famílias, dos grupos e dos territórios.



2. Gestão do Acompanhamento:

Em qualquer serviço de prestação de cuidados, o cliente deverá ser sempre o centro dos serviços prestados. Para que tal se verifique, é necessária uma nova abordagem de cuidados de saúde e de apoio social, baseada numa planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos), bem como, as necessidades de atuação para cada indivíduo. O cliente deverá sempre ser acompanhado, desde o momento em que efetua o primeiro telefonema, até ao momento em que deixe de precisar dos serviços. A este processo designamos de Plano Individual de Intervenção.

A RGAF, será constituída por profissionais formados para prestar todo o tipo de informações ao cliente e encaminhá-lo para o serviço que mais se adequar às suas necessidades. Este encaminhamento será feito do seguinte modo:

- O cliente liga para a linha de apoio;
- O profissional, (que se pretende da área social) que o atende deverá efetuar algumas questões de despiste de forma a averiguar qual a necessidade do cliente, a sua gravidade e necessidade (terá um questionário e apoio com questões tipo – questionário esse em elaboração atualmente);
- O profissional, após identificar as necessidades do cliente coloca toda a informação na base de dados criando assim a ficha individual do cliente;
- Após a criação da ficha individual do cliente o processo é reenviado para a agenda do Diretor Técnico que irá encaminhar o cliente para o serviço do qual necessita e caso seja necessário, agendar marcação da primeira visita de forma a averiguar mais especificamente algumas questões que possam ser colocadas, conforme a área geográfica do cliente.

Numa primeira instância e ainda durante a primeira conversa com o cliente (através da chamada telefónica que efetua), o técnico irá tentar identificar qual o grau de dependência do cliente e as suas necessidades. Para isso, utilizará um questionário ainda durante a chamada, ou caso seja necessário, na primeira visita ao cliente, para averiguar estas variáveis e poder encaminhar de forma correta o cliente.

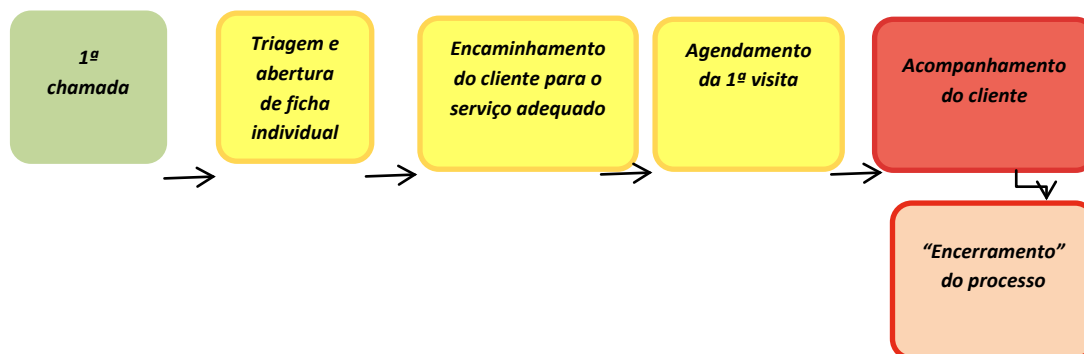
A primeira visita poderá ser efetuada por um assistente social ou por um enfermeiro, atendendo as necessidades demonstradas no primeiro contacto. Pretende-se desta forma identificar:

- O estado de saúde/mobilidade do cliente (se é autónomo, parcialmente dependente ou totalmente dependente);
- A organização familiar e o grau de apoio que o mesmo detém (serão identificadas as relações familiares, coesão familiar, aceitação, crenças, conhecimentos), de forma a podermos adequar a resposta (formação a família, cuidados parciais/ pontuais, cuidados ao domicílio, institucionalização).

Após este primeiro contacto ou após qualquer outro é elaborado um relatório que constará na ficha individual do cliente, onde são identificadas as diversas características e necessidades do cliente, sendo o mesmo encaminhado para o serviço adequado sempre que necessário e estando disponível a qualquer profissional de qualquer área da Instituição.

Será feito um acompanhamento semestral do cliente de forma a apurar a sua evolução, adaptação, durante o decurso da sua vida até ao seu falecimento ou pelo período em que se mantiver a relação com a RGAF, altura em que o mesmo será encerrado. Sempre que se mostre necessário, poderão ocorrer visitas pontuais/de urgência consoantes as necessidades do cliente.

Figura 2 – Processo de Acolhimento do Cliente:





No caso de internamento do cliente em lar ou residência, a RGAF deverá fazer a triagem do lar que mais se adequa às necessidades e exigências do cliente, conforme o seu grau de dependência e área geográfica onde o cliente está inserido. A ficha individual de cliente será um instrumento importante na manutenção e seguimento do cliente e da sua evolução e acompanhamento.

3. Gestão da Qualidade:

Garantir aos cidadãos o acesso crescente a serviços de qualidade, cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades é sem dúvida um novo desafio que merecerá da parte de todos os intervenientes, destinatários das respostas e suas famílias, instituições públicas e privadas e respetivos colaboradores, o maior comprometimento.

Neste contexto e com o objetivo de constituir um referencial que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as respostas sociais a RGAF concebeu Modelos de Avaliação da Qualidade das suas áreas de atuação.

Este trabalho permitiu uma reflexão importante sobre a organização e funcionamento das respostas sociais objeto deste tipo de intervenção e sobre as medidas necessárias a implementar para a organização deste Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), bem como sobre os resultados a obter relativamente aos vários intervenientes: clientes, colaboradores, parceiros e sociedade.

A qualidade da gestão constitui-se assim como condição fundamental para a criação de valor social, como fator de desenvolvimento económico e social, fim último do sistema e das organizações que promovem a qualidade de vida das pessoas idosas.

O quadro de pessoal deverá integrar um mínimo de colaboradores que possuam as competências requeridas para a realização ajustada das funções que desempenham no conjunto dos serviços prestados, enquanto condição fundamental para assegurar a qualidade dos mesmos. O número de colaboradores a integrar a equipa de trabalho depende do número e características dos clientes, dos serviços a prestar, no quadro dos



requisitos normativos e específicos inerentes as tipologias de Estrutura Residencial que integram esta Resposta Social. No entanto, poderemos identificar como equipa inicial: 1 Diretor Técnico, 2 Técnicos Assistentes de Call-Center, 2 enfermeiros, 1 médico, 2 elementos do Conselho de Administração, 1 administrativo, 1 assistente social, bem como, 3 supervisores de terreno (Região Norte, Centro e Sul) que farão a monitorização/avaliação das residências.

Para que uma organização funcione de forma eficaz e eficiente, necessita de identificar, organizar e gerir todas as atividades que promove, de forma sequencial, integrada e interligada.

Este Sistema é um referencial que se baseia nos princípios de gestão da qualidade e onde são estabelecidos os requisitos necessários à implementação do Sistema de Gestão da Qualidade dos serviços prestados pela RGAF.

Um Modelo de Gestão da Qualidade tem por objetivos:

- Ser um instrumento de diferenciação positiva das Respostas Sociais, permitindo incentivar a melhoria dos serviços prestados;
- Ser um instrumento de autoavaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o desempenho da organização, as oportunidades de melhoria e a ligação entre aquilo que se faz e os resultados que se atingem;
- Apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade nas Respostas Sociais, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento, nomeadamente através de:
 - Melhoria da eficiência e a eficácia dos seus processos;
 - Maior graus de participação dos clientes, nos serviços que lhes são destinados;
 - Maior dinamização e efetivação da participação da família no âmbito da Resposta Social;
 - Aumento do grau de satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, colaboradores, fornecedores, parceiros e, de um modo geral, de todo o meio envolvente da organização e da sociedade em geral;



A opção pela elaboração de uma lista de verificação exaustiva de todos os requisitos associados aos critérios, constitui uma ferramenta que ajuda o serviço a analisar as suas lacunas, a equacionar soluções e a planear a melhoria da qualidade do serviço.

São objetivos da RGAF, neste campo de atuação, a excelência na criação de valor sustentável para o cliente, através de uma liderança visionária e inspiradora e numa gestão da organização através de um conjunto de sistemas, processos e factos interdependentes e interrelacionados, a maximização da contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e o desenvolvimento e manutenção de parcerias com valor acrescentado.

Para a qualificação por níveis das respostas sociais, a metodologia de avaliação prevista no Sistema de Qualificação da RGAF tem por base a realização de exaustivas e regulares avaliações presenciais de todos os prestadores de serviços. Esta é uma tarefa vital para garantir o cumprimento das normas de qualidade e avaliar o nível de serviço prestado pelas redes, pelo que o estabelecimento de parcerias e contratos unicamente com aqueles que cumpram o compromisso de excelência requerido pela nossa organização se torna essencial.

Para avaliar e acompanhar o grau de implementação dos requisitos estabelecidos para a qualificação dos parceiros, serão realizadas 3 tipos de auditorias:

Auditoria de Concessão – avaliará se os parceiros cumprem todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para trabalharem em parceria com a RGAF.

Auditoria de Acompanhamento – corresponde as auditorias que serão efetuadas anualmente, após atribuição do certificado de Qualificação. Tem como objetivo confirmar se o parceiro se mantém adequado e continua a cumprir os requisitos estabelecidos para o nível de qualificação. Esta auditoria não implica a verificação da totalidade dos requisitos e terá uma duração inferior a auditoria de concessão.

Auditorias Extraordinárias – correspondem às auditorias que serão efetuadas quando houver necessidade de verificar “in loco” a implementação de ações corretivas para ultrapassar inconformidades detetadas em auditorias anteriores, na sequência de reclamações, participações públicas ou de alterações significativas na estrutura ou ainda



como auditorias “surpresa” para averiguar o cumprimento de todas as regras estabelecidas.

A Equipa auditora será constituída por um auditor coordenador e peritos técnicos com competências na área técnica da Resposta Social. No relatório da auditoria constarão, entre outros elementos, as não conformidades e/ou as observações constatadas durante a auditoria. As não conformidades devem ser classificadas como mais ou menos críticas. Estes elementos serão obtidos através de um guia exaustivo onde serão averiguados o cumprimento de cada ponto do questionário.

No plano de ações corretivas a elaborar pela Resposta Social constarão as ações a desenvolver para superação das não-conformidades/observações indicadas no relatório de auditoria, bem como a responsabilidade e o respetivo prazo para implementação.

Como ferramenta de apoio à implementação do Modelo de Avaliação da Qualidade, nomeadamente no que se refere a *Satisfação dos Clientes* e *Satisfação dos Serviços*, foram desenvolvidos três questionários dirigidos a clientes, colaboradores e parceiros, estando atualmente a ser testados e implementados (ver anexos). O tratamento dos resultados obtidos permitirá monitorizar a perceção dos clientes, colaboradores e parceiros acerca do desempenho da organização e detetar áreas de melhoria e, como resultado, novas metas a atingir.

4. Informação e Divulgação:

De forma a poder iniciar a sua divulgação ao público em geral e iniciar a sua atividade, a RGAF utilizará todos os meios de comunicação ao seu dispor, sendo eles, a internet, o contacto público de apoio social, a apresentação privada as empresas e grandes grupos, o conhecimento boca-a-boca, de forma a poder divulgar a sua atividade e expandir-se no mercado atual.

A sua atividade irá desenvolver-se ao longo do tempo, com a aquisição e desenvolvimento de novos serviços e parcerias.

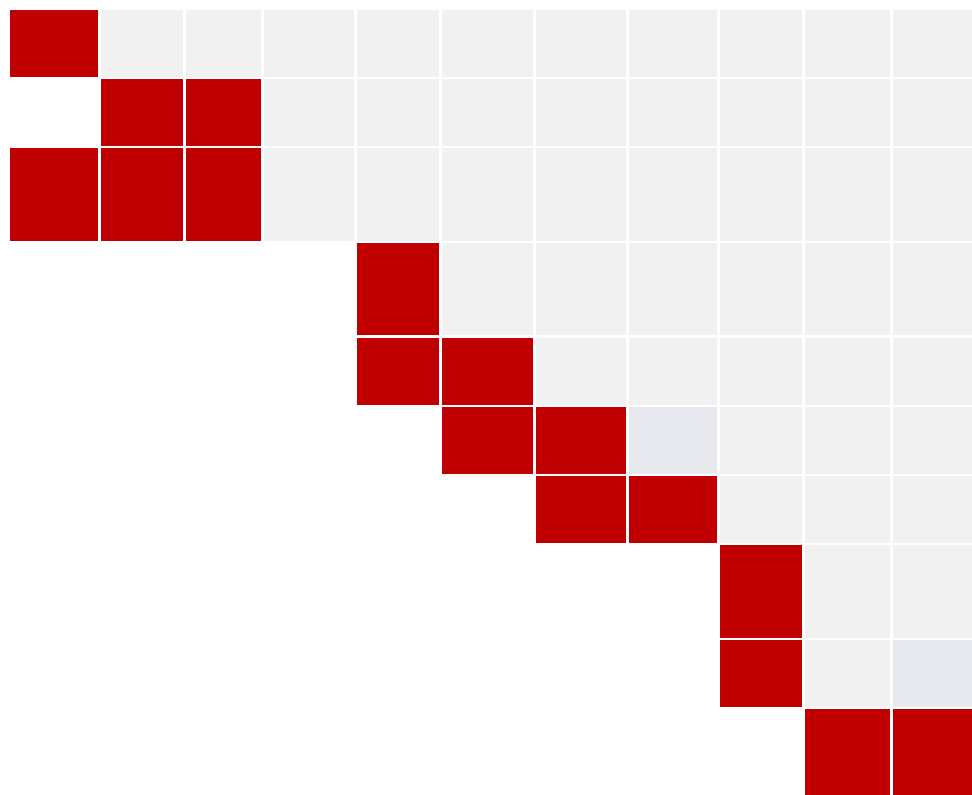
Podemos assim, enunciar a atividade da RGAF, através do seguinte **cronograma**:



Cronograma Geral de Implementação do Projeto	Mar-12	Abr-12	Mai-12	Jun-12	Jul-12	Ago-12	Set-12	Out-12	Nov-12	Dez-12	Jan-13	Fev-13	Mar-13
Conceção e Aprovação do Projeto													
Definição do Processo Operacional													
Pedido de admissibilidade da Empresa													
Formalização Contratual da Empresa													
Definição e Aprovação do Cronograma de Atividades													
Aprovação do Business Plan													
Escritura da Empresa													
Definição de Marcas e Serviços/Produtos da Empresa													
Eleição de Rede de Parceiros para contactos e Protocolos													
Envio de 1º Contacto Carta para Prestadores de serviços													
Contratos e Consolidação Presencial com Rede de Parceiros													
Definição Recursos Humanos e TIC													



Consolidação de Site
Apresentação do projeto aos Clientes / Seguradoras
Consolidação dos Meios Tecnológicos e Plataforma Gestão
Plano de Apresentação à média/ diversos meios de comunicação
Primeiras Reuniões Preparatórias com Clientes
Contratos/ Protocolos
Definições na Gestão dos Serviços
Início da Comercialização produto Assistência Familiar no Mercado
Início das Operações de Gestão
Consolidação de Procedimentos Operações Rede /Parceiros/ Utentes





Considerações Finais

Com a elaboração do presente trabalho, podemos concluir que, o cuidado aos nossos familiares é cada vez mais uma necessidade, uma prioridade. A integração dos idosos e dependentes nas suas famílias, nos seus lares é cada vez mais uma resposta pertinente. O apoio domiciliário não só facilita e melhora a qualidade de vida do idoso que por algum motivo apresenta limitações na sua autonomia, como também, permite ao idoso manter a sua vida social, os seus hábitos e os seus pertences, facto que detém, tal como comprovámos, influência no seu estado de saúde e qualidade de vida.

Com as mudanças ocorrentes nas famílias, verificamos que, apesar dos laços que as unem e dos seus intervenientes, o tempo para cuidar dos seus familiares sobretudo em situações de doença ou dependência é escasso e limitativo. Para além disso, verifica-se que, a maior parte dos familiares não detém conhecimentos suficientes para apoiar o seu ente querido numa situação de crise.

Desta forma, é cada vez mais imperativo criar novos tipos de respostas sociais que se adaptem às necessidades atuais, em constante mudança e adaptadas a cada indivíduo com diferentes características, necessidades, hábitos e crenças. É neste contexto que a RGAF incorpora o seu campo de atuação e as suas atividades, com o objetivo de ajudar as famílias e os seus familiares a permanecerem no seu domicílio, tanto tempo quanto possível, com o máximo de autonomia e qualidade de vida.

O papel dos prestadores de serviços, em especial os Serviços de Apoio Domiciliário tem-se alterado. Cada vez mais, as respostas deverão ter em conta não só os indivíduos, mas também os seus familiares. É necessário, cada vez mais, prestar um serviço de qualidade, personalizado e adaptado a cada indivíduo e sua família. Esta mudança nos comportamentos pessoais e na sociedade em geral tem tido impacto e consequências nos serviços de proximidade.



O projeto apresentado processou-se seguindo uma determinada metodologia que nos possibilitou não apenas o aprofundar de conhecimentos teóricos, permitindo conhecer a realidade onde estamos a intervir, como também o depararmo-nos com problemas que só ocorrem em trabalho de campo.

No decorrer do projeto, depararmo-nos como algumas limitações e condicionalismos não esperados, não só pela tipologia de serviços prestados, como também pela novidade da oferta prestada. Mas tal como tudo o que é novo, foi sendo contornado, desenvolvido e implementado.

Apesar da importância dada pelo Estado as pessoas idosas e em situação de dependência, e de todos os esforços para a prestação de cuidados e melhoria da qualidade de vida, constatamos que cada vez mais o mesmo volta a atribuir às famílias o papel principal na prestação de cuidados. Cada vez mais terá aqui a primeira e principal resposta para as situações de crise, para a solidariedade e para a complementaridade.

A RGAF encontra-se atualmente em fase de implementação, criação de parceiros e desenvolvimento. As respostas têm sido obtidas e algum caminho encontra-se já desbravado. No entanto, muito ainda há para concretizar.

Estamos cientes que algumas medidas são mais fáceis de implementar que outras e que a introdução de algumas medidas carece de tempo para planeamento e criação de recursos, quer humanos quer financeiros. Porém, devemos salientar que os projetos futuros visam dar resposta a alguns desses problemas e desenvolver a base de atuação e o sucesso do projeto.

É nossa ambição, que este projeto sirva de base para novos estudos e novos projetos, e que a sua divulgação permita um momento de reflexão, não só aos prestadores de cuidados formais e informais, como também à comunidade, de forma a podermos olhar para o envelhecimento, dependência e qualidade de vida de uma forma menos redutora e constrangedora e possamos dar cada vez mais, uma resposta mais qualificada, mais humanizada e mais direcionada a todos os indivíduos e famílias, pois será esse o nosso futuro também.



Referências Bibliográficas

- AAVV. (1994). *Mesa redonda europeia: o envelhecimento desafios e estratégias alternativas de intervenção*. Lisboa: Comissão Nacional para a política da terceira idade.
- AAVV. (1999). *Dossier gerações e idades da vida*. In revista *intervenção social*, n.º 20. Lisboa: ISSS - departamento editorial.
- AAVV. (2003). *O terceiro sector em Portugal: delimitação, caracterização e potencialidades, programa pessoa – linha de ação “estudos e investigação”*. Lisboa: Instituto António Sérgio do sector cooperativo (INSCOOP).
- Abrantes, M. C. E. S. (2003). *Cuidados e cuidadores – um estudo sobre a interação do idoso dependente com os prestadores de cuidados, em contexto domiciliário*. Mestrado em comunicação em saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- AEEASG. (2012). *Ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações*. Portugal.
- Almeida, A. C; Miranda, M.; Rodrigues, M. & Monteiro, R. (2005). *Transição do doente dependente para a família*. Revista Sinais Vitais. Nº 62. Coimbra. pp. 26-31.
- Almeida, J. F. E. Pinto, J. Madureira. (1995). *A investigação nas ciências sociais*. 5.ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Almeida, I. (1999). Cuidar do idoso: revelações da prática de enfermagem. In: o idoso – problemas e realidades. Coimbra: Formasau. 63-92.
- Alves, I. (1997). Direitos legais do idoso em saúde comunitária. In *Servir*, vol 44, nº5. pp.229-243.
- Amado, J. Neves, M.C. (1992). Epidemiologia e envelhecimento demográfico. In *Revista de Geriatria*, vol. nº 44. Abril - Maio: 15-18.



- Amado, J. (2000). A técnica de análise de conteúdo. In: revista referência, nº 5. Novembro: 53-62.
- Amaral, M. F. & Vicente, M. O. (2001). Grau de dependência nos idosos. Nursing. Ano 13, nº 158. Lisboa, pp. 8-14.
- Amaro, F. (2005). A família portuguesa, tendências atuais. In cidade solidária, nº14, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à sociologia da família*. Lisboa: ISCSP-UTL.
- Amaro, F. (2006). *Métodos e técnicas de investigação qualitativa*. In Martins, Manuel Meirinho (org.). Comunicação e marketing político. Lisboa: ISCSP. Pp. 161-176.
- Anderson, K. L.; Burckhardt, S. S. (1999). *Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research*. Journal of advanced nursing, 29 (2), 298-306.
- Ângelo, M. (2000). O contexto familiar. In y. Duarte & m. Diogo (orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 27-31.
- Arantes, P. (2003). Perspetiva holística do idoso: uma visão necessária. Revista sinais vitais. Nº 48. Coimbra, pp. 62-66.
- Baltes M, Silvenberg S. (1995). *A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida*. In: Neri a, Editor. Psicologia do envelhecimento. Campinas: Papirus; p. 73-110. Cap. 3.
- Bandeira, I. Et al. (2006). *Saúde dos idosos*, 1 ed. Belo horizonte: secretaria de estado de saúde de Minas Gerais.
- Barata, O. S. (1974). *Introdução às ciências sociais*, vol. 1, Lisboa: Bertrand Editora.
- Barata, O. S. (2003). *O campo da política social*. Núcleo de Política Social, dir. Raio X Social nº 1, Lisboa: ISCSP-UTL.
- Barreto, J. (1988). Aspetos psicológicos do envelhecimento: in: revista portuguesa de psicologia, vi, Fevereiro: 159-170. Beauvoir, Simone de (1970). *La vieillesse*. Paris: col. Idées.



- Barros, C. P. e Santos, J. C. G. (1997). *As instituições não-lucrativas e a ação social em Portugal*, Lisboa: Vulgata.
- Berger, I. (1995). Aspetos biológicos do envelhecimento. In: pessoas idosas uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta: 123-155.
- Berger, I. (1995). Saúde e envelhecimento. In: pessoas idosas uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta: 107-121.
- Berger, L. e Poirier. (1995). *Pessoas idosas – abordagem global – processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta,
- Bilhim, J. (2004). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas*. Lisboa: ISCSP-UTL.
- Bilhim, J.; Amaro, F.; e Moreira, C. D. (orgs.). (2010). *Metodologia das ciências sociais e políticas*. Lisboa: ISCSP-UTL.
- Birren, J.; Cunningham, W. (1985). *Research on the psychology and aging: principles, concepts and theory*, in J. Birren e K.W. Schaie (eds), *Handbook of the psychology and aging*. Nova Iorque: Van Nostrand.
- Botelho, M. A. (2001). *Avaliação da autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Lisboa: Bial.
- Botelho, M. A. (2005). A funcionalidade dos idosos, in C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp.112-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowling, A. (1995). *Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement*. Measuring disease. Buckingham: Open University Press. 1-19.
- Cadete, M. H. (2004). Aposentação nova etapa de vida. In pretextos, nº17, IDS - MTSS, pp.18-19.
- Carmo, H & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação. Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.



- Carmo, H. (2001). Direitos sociais para uma sociedade inclusiva, linhas mestras de um encontro. cidade solidária, n.º 7, ano IV. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Carmo, H. e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação – guia para autoaprendizagem*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Caruso, C. (2010). *Guia da pessoa idosa, secretaria especial dos direitos humanos*, 2ª edição. Rio de Janeiro: Rio Solidário.
- Cavanagh, S. J. (1993). *Modelo de ordem - Aplicación Práctica*. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas, S. A.
- Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Research Methods in Education*. Routledge. London.
- Coleman, J. (1988). "Social capital in the creation of human capital" - American journal of sociology, volume 94, Issue Supplement. Organizations and Institutions: sociological and economic approaches to the analysis of social structure. Pp. 95-120.
- Coleman, J. (1994). *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University Pres.
- Comissão Europeia. (1999). *Uma Europa para todas as idades - promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações*. Comunicação da comissão. Bruxelas: DGESA.
- Comissão Europeia. (2002). *Social protection in Europe 2001 - employment & social affairs*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Commission.
- Comissão Europeia. (2003). *A situação social na união europeia 2002 - Síntese*, Luxemburgo: Spoce.
- Comissão Europeia. (2003). *Relatório conjunto sobre a inclusão social*. Bruxelas: DGESA.
- Conselho Económico e Social. (1994). Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias, Lisboa: Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e do trabalho.
- Correia, J. M. (2003). *Introdução à gerontologia*, Lisboa: Universidade Aberta.



- Coutinho, C. (2005). *Percursos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal - uma abordagem temática e metodológica a publicações científicas (1985-2000)*. Braga: IEP- Universidade do Minho.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). *Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas*. Revista Psicologia, Educação e Cultura, 13:2, pp. 355-379.
- Davidson, K.; I, Warren. M, Maynard. (2005). *Social involvement. Aspects of gender and ethnicity, in a. Walker (ed.), Understanding quality of life in old age* (pp. 85-99). Maidenhead: Open University Pres.
- Davies, I. (1992). *Building a science of caring for caregivers*. Family community health, 15(2), 1-9.
- De la Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. Revista rol de enfermería, 27 (12), 51-59.
- Debout, C. (2004). *Les implications de la qualité de vie dans la discipline des soins infirmiers*. Soins, 682, 43-45.
- Descombe, M. (1999). *The Good Research Guide for Small-Scale Social Research*. Buckingham: Open University Press.
- DGEEP. (2006). *Confrontar a transformação demográfica: uma nova solidariedade entre gerações*. Lisboa: MTSS.DGEEP.
- DGEEP. (2007), *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2005*. Lisboa: MTSS.
- DGS. (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: DGS.
- Dinis, B. e Delpérée, N. (1992). Assistência informal. Família e comunidade. In As pessoas idosas e a família - solidariedade entre gerações. Atas da conferência europeia, Madeira, pp.133-140.
- Dinis, C. (1997). *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de faro*. Coimbra: Universidade de Coimbra (tese de mestrado). Disengagement. Basic books, Nova Iorque.



- Diniz, J. A. (2002). Formação e intervenção em situações de dependência. In futurando, nº5/6/7, ISSS-CESDET, pp.26-28.
- Diniz, J. A. (2004). A saúde e o envelhecimento. In pretextos, nº17. IDS – MTSS. pp.6-7.
- Direcção-Geral da Saúde. (2002). The Wold Health Report. OMS.
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Domingues, I. (2003). *As políticas sociais e o trabalho social: que futuro?*, Núcleo de Política Social. dir., Raio X Social, nº 1. Lisboa: ISCSP. UTL.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: taxonomy, Journal of Advanced Nursing 22, 502-508.
- Feliciano, S. (2011). *Manual do prestador – recomendações para a melhoria contínua*. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, M. C.; Pereira, M. L. S.; Ferreira, M. A. A.; Machado, R. F. & Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. Revista Sinais Vitais. Nº 43. Coimbra, pp. 31-35.
- Fernandes, P. (2000). A depressão no idoso. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Ferrari, M. (2002). *Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade*. In netto, Matheus papaléo, gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada, São Paulo: Atheneu, pp.98-105.
- Ferreira, S. (2004). *O papel de movimento social das organizações do terceiro sector em Portugal*. Braga. Universidade do Minho. s.n. V Congresso Português de Sociologia. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais.



- Figueiredo, D. E Sousa, I. (2001). Easycare: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar, Revista Geriatria, nº 130.
- Figueiredo, D. (2004). *Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado na família*. In Sousa, Liliana et al, envelhecer em família - os cuidados familiares na velhice, Porto: Âmbar, pp.59-94.
- Finley, N. J. (1989). *Theories of family labour as applied to gender differences in care giving for elderly parents*. Journal of marriage and the family, 51 (2), 79-86.
- Fleck, P; Leal Of; Louzada, S; Xavier, M; Chachamovich E., Vieira G. et al. (1999). *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da oms (whoqol-100)*. Rev bras psiquiatr. 21(1):19-28.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.
- Friedman, M. M.; Bowden, V. R.; Jones, E. G. (2003). *Family nursing: research, theory, and practice*. (5th edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Garcia, E. H. (2000). Prevención y promoción en salud en la vejez. In: gerontologia social. Madrid: Ediciones Pirâmide. 474-491.
- Garcia, L. M. A. (1994). Dependência em idosos, Nursing, 78/79. julho/agosto.
- Garcia, T. F.; Peláez, A. L. (2008). *Trabajo social comunitário: afrontando juntos los desafios del siglo XXI*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gonçalves, J. (2010). *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Grove, K. A. (1996). *The American family: history and development*, in p. Bomar e j. Bomar (ed), nurses and family health promotion: concepts, assessment, and intervention (pp. 36-45). Philadelphia: W. B. Saunders Company.



- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociedade de ação: o planeamento em ciências sociais*. 2ª Edição. Cascais: Editora Principia.
- Higgins, S. S. (2003). *O capital social está na moda: análise para sua reconstrução teórica*. Dissertação de mestrado em sociologia política (policopiado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Hill, M. (2004). *Understanding social policy*. 7th ed. Oxford: Blackwell Publishing.
- II assembleia Mundial sobre o envelhecimento. (2002). *Plano internacional de ação para o envelhecimento 2002*. Documento provisório. Madrid.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal, situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE.
- INE. (2001). XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação.
- INE. (2011). XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação.
- Instituto para o Desenvolvimento Social. (2002). *Guia para a intervenção com maiores em situação de incapacidade*. Lisboa: IDS / MSST.
- Instituto para o Desenvolvimento Social. (2002). *Prevenção da violência institucional perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Lisboa: IDS / MSST.
- ISS, IP. (2005). *Modelo de avaliação da qualidade - serviço de apoio domiciliário*. S.I. ISS. IP. Nota de abertura por pedro M. D. J. Marques, Secretário de Estado da Segurança Social.
- ISS, IP. (2005). *Questionários de avaliação da satisfação - serviço de apoio domiciliário*. S.I. ISS. IP.



- ISS, IP. (2007). Segurança social. Segurança social. [online] 16 de outubro de 2007. Ação social/programa de cooperação para o desenvolvimento da qualidade e segurança das respostas sociais. Jaques, m. E. (2004). Ser idoso - abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. Revista Sinais Vitais. N.º 55. Coimbra, pp. 34-37.
- Joel, M. (2001). L'europe de la dependance, in j. Chabert, b. Ennuyer, d. Grunwald, c. Gucher, p. Haehnel e m-è. Joel (eds.). *Vivre au grand âge. Angoisses et ambivalences de la dépendance*. (pp.171-189). Paris: Editions Autrement.
- Joel, M. (2002). *L'émergence du problème des aidants*, in a. Colvez, m-è. Joel e d. Mischlich, la maladie d'alzheimer. Quelle place pour les aidants?. pp. 53-62. Paris: Masson.
- Katz, E; e Lazarsfeld, P. (1955). *Personal influence: the part played by people in the flow of mass communications*. New York: Free Press.
- Katz, J., Joiner, T.E., Kwon, P. (2002). *Membership in a devalued social group and emotional well-being: developing a model of personal self-esteem, collective self-esteem, and group socialization*. Sex Roles. 47 (9/10). 419-431.
- Katz, S.; Ford, A. B.; Moskovitz, R. W.; Jackson, B. A. (1963). *Studies of illness in the aged: the index of adl; a standardized measure of biological and psychosocial function*. The Journal of the American Medical Association. 185, 914-919.
- Lage, M. I. (2004). *Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes*, in atas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. (pp. 749-756). Lisboa: ISPA.
- Lage, M. I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*, in c. Paúl e a. M. Fonseca (coord.), Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.
- Lage, M. I. (2007). Questões de género e cuidados familiares a idosos. Nursing. Ano 17, nº 217. Lisboa, pp. 40-43.
- Lemos, M. (2002). A gestão das instituições sem fins lucrativos. In revista cidade solidária, nº 8, ano V, pp. 112-115.



- Llano, M., Manz, M., Oliveira, S. (2003). *Guia prático da atividade física na terceira idade*, A. Manz produções.
- Lynott, R. J.; Lynott, P. P. (1996). Tracing the course of theoretical development in sociology of ageing. *The gerontologist*, vol. 36, n.º 6, p.749-760.
- Machado, G. (2007). *Instituir sem institucionalizar: contributo para a permanência do idoso no domicílio*. Dissertação de mestrado em ecologia humana (policopiado). Lisboa: FCSH-UNL.
- Machado, P. (1993). Solidariedade entre gerações ou relações intergeracionais. In jornadas Lisboa e os desafios do envelhecimento. Ano europeu das pessoas idosas e da solidariedade entre gerações. Lisboa: C.M.I. Ação Social. pp.221-233.
- Machado, P. (1994). O envelhecimento populacional - impacte das transformações demográficas na estrutura social portuguesa. In jornadas revisitando o envelhecimento. Lisboa: ISSS. Departamento de formação permanente.
- Maia, F. (2005). *Política social e organização da segurança social*. IIª parte Segurança Social. Lisboa: ISCSP - UTL. Apontamentos da aula política social e organização da segurança social.
- Martin, J. B. (1995). *Doença de alzheimer (da) e outras demências*. In k. Y. Isselbacher; e. Braunwald; j. D.wilson; j. B. Martin; a. S. Fauci & d. L. Kasper (orgs.), *Harrison Medicina Interna*. Trad. C. H. A. Cosendey; m. A. B. Santos; p. L. V. Pinho & t. L. A. Hennemann. 13ª ed. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. pp. 791-798.
- Mendonça, F.; Martinez, M. A. & Rodrigues, M. (2000). Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Geriatria*. Ano 13, vol. 13, nº 127. Lisboa. pp. 33-49.
- Mesquita, M. (1998). *A (des)truturação familiar*, in Óscar Soares Barata (coord). *Política Social*. Lisboa: ISCSP-UTL.
- Ministério da Saúde. (1998). *Carta dos direitos e deveres do doente*. Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. (1999). *Saúde, um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: DGS.



Ministério da Saúde. (2000). *Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados*. Lisboa: DGS.

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (1998). *Intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência* - Dossier técnico de implementação. Lisboa: Direcções-Gerais da saúde e da ação social.

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2002). *Sistema de cuidados continuados integrados*. Lisboa: Edição Manuscrita.

Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2002). *Carta social - rede de serviços e equipamentos relatório 2001*. Lisboa: MSST. Departamento de Estudos, Prospetiva e Planeamento.

Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2003). *Plano nacional de ação para a inclusão - Portugal 2003-2005*. Lisboa: MSST. DEEP.

Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (1995). *Guia do idoso*. Lisboa: Comissão Nacional para a Política da terceira idade.

Moraes, E.N.; Moraes, F.L. & Lima, S.P.P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista médica de Minas Gerais*, 20 (1): 67-73.

Moreira, C. D. (1991). *Planeamento e estratégias da investigação social*, Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa: ISCSP.

Moreira, M.A.; Buchweitz, B. (1993). *Novas estratégias de ensino e aprendizagem: os mapas conceptuais e o vê epistemológico*. Lisboa: Plátano.

Moreno, A. S.; Garcia, E. R. & Campos, P. M. (2000). *Conceptos en educación para la salud*. In A. S. Moreno; E. R. Garcia & P. M. Campos (orgs.), *enfermería comunitária*, 3. Actuación en enfermería comunitária. Los sistemas y programas de salud. Madrid: McGraw- Hill, pp. 155-168.

Moreno, C. I. (1999). *La evangelización de nuestros mayores*. Valência: Edicepi.

Morin, E. (1981). *As grandes questões do nosso tempo*. Lisboa: Editorial Notícia.



- Morin, E. (1982). *Ciência em consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- MTSS. (2006). *Respostas sociais – nomenclaturas/conceitos*. Direcção-Geral da Segurança Social, da família e da criança. Lisboa: MTSS/DGEEP.
- Neri, A. L. (2000). *Qualidade de vida e atendimento domiciliário*. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.), *Atendimento Domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu. pp. 33-47.
- Nogueira, J.M. (2009). *Carta social, Rede de Serviços e Equipamentos Sociais*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Nogueira, M. A. (2000). *A construção da excelência escolar – um estudo de trajetórias feito com estudantes universitários provenientes das camadas médias intelectualizadas*. in Nogueira, M. A. Romanelli, G. e Zago, N. (orgs.). *Família e escola – trajetórias de escolarização em camadas médias e populares*. Petrópolis: Editora Vozes.
- OCDE. (2000). *Les reformes pour une société vieillissante. Le droit de vieillir*. Edições Fayard.
- OMS. (1994). *La protection de la santé des personnes âgées*. pág. 111 – 127.
- OMS. (1997). *Declaração de Jacarta*. Quarta Conferência Internacional sobre a promoção da saúde. 21-25 de Julho. Jacarta.
- OMS. (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Palma, E. M. C. (1999). *Enfermagem agora - a família com idosos dependentes - que expectativas?* *Enfermagem* nº 15, 2ª série. Lisboa. pp. 27-40.
- Pardal, I. A. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Paschoal, S. M. P. (2007). *Autonomia e independência*. In M. P. Netto (org.). *Tratado de gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu. pp. 609-621.



- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opção*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Paschoal, S. (2002). *Epidemiologia do envelhecimento*. in Netto. Matheus Papaléo, Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu. pp.26-43.
- Patterson, J. M. (1989). *A family stress model: the family adjustment and adaptation response*. In c. N. Ramsey (ed.). Family Systems in Medicine. New York: Guild Publications. pp. 116-150.
- Paúl, C.; Fonseca, A. M.; Martin, I.; Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.). Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores. pp. 75-108.
- Paúl, C; Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. In: Revista Psicologia, Educação e Cultura, III, 2. pág. 345 – 361.
- Paúl, C. (2000). Estereótipos sobre idosos - vivências e imagens, in cidade solidária, nº5. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. pp.50-56.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social – envelhecer em Portugal, estudos psicologia, saúde e prevenção de cuidados. Lisboa: Climepsi.
- Pearlin, I. I.; Skaff, P. M. (1996). *Stress and life course: a paradigmatic alliance*. The gerontologist, 36(3). 239-247.
- Pearlin, I.; Zarit, S. H. (1993). *Research into informal care giving: current perspectives and future directions*. In s. H. Zarit, I. Pearlin e k. W. Schaie (eds.). Care giving systems: formal and informal helpers. pp. 155-167. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Pearson, A. e Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: Edições Apeps.
- Pereira, F. M. (2002). Envelhecimento em debate I. In pretextos, nº9. IDS – MSST. pp.6-8.



- Pereirinha, J. (2003). "Economia social e estado-providência". In *intervenção social*, nº27, ISSS - Departamento Editorial. pp.233-240.
- Perista, H. (2002). *Análise social*. vol. XXXVII (163). Pp. 447-474.
- Pestana, N. N. (2003). *Trabalhadores mais velhos: políticas públicas e práticas empresariais*. Lisboa: MSST - DGERT.
- Pikunas, J. (1979). *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São Paulo.
- Pimentel, A. e Mesquita, A. (2003). *Serviços de proximidade*. Lisboa: Edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- Pimentel, I. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, J. M. e Silva, A. S. (orgs.). (1987). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.
- Pinto, M. M. (2001). *O fenómeno da longevidade*. In Pinto, A. M. *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto. pp.155-163.
- Píson, M. (1998). *Políticas de Bienestar*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Quaresma, M. L. (2004). *Interrogar a dependência*. In Quaresma, M. L. et al. *O sentido das idades da vida - interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: ISSS-CESDET. pp.37-50.
- Quaresma, M. L. et al. (2004). *O sentido das idades da vida - interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: ISSS-CESDET.
- Quental, A.; Duarte, J.; Andrade, C. & Pereira, H. R. (2004). Avaliação do nível de dependência nos idosos - elaboração de um instrumento de medida baseado no conceito de risco. *Nursing*. Ano 15, nº 186. Lisboa. pp. 19-23.
- Quintela, M J. C. L. (1995). *Dar saúde aos anos – contributos para a promoção de saúde e qualidade de vida do idoso*. Câmara Municipal de Loures.



- Quivy, R. & Campenhout, I. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva.
- Rafart, J. V. (2001). Epidemiologia general de las enfermedades crónicas. Estratégias de prevención. In p. Gil (org.). *Medicina preventiva y salud pública*. 10ª ed. Barcelona: Masson, pp. 647-662.
- Ramos, I. R. (2005). *A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional*. Guia de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Manole.
- Ramos, M. P. (2002). "Apoio social e saúde entre idosos". In *Sociologias*, nº7. pp.156-175.
- Rebelo, A. A. M. (1996). Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia. *Geriatria*. Ano 9, vol. 9, nº 81. Lisboa. pp. 22-28.
- Rede Europeia Anti Pobreza. (2007). *Conceitos, normas e modelos da qualidade*. Porto. Gabinete de Investigação e Projetos. Janeiro: Em análise, vol. 11.
- Rendas, A. B. (2001). *Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento - 'idade biológica' versus 'idade cronológica'*. In Pinto, A. M. *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora, pp.47-56.
- Ribeiro, D. (2001). *Envelhecimento*. In Silva, L. F. *Ação Social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta, pp.167-197.
- Richez-Battesti, N. (1997). *Dicionário das questões sociais*. Lisboa: Plátano.
- Ribeiro, F.F. (2003). *Plano estratégico da ação social 2004-2008*. Instituto da Segurança Social.
- Ribeiro, J. L. P.; gru. Po. Pdv. (1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. In atas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da saúde. (pp. 253-283). Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, O. (2005). *Quando o cuidador é um homem. Envelhecimento e orientação para o cuidado*. In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*. pp. 235-258. Lisboa: Climepsi.



- Richard, B. S.; Lilly M. L. (2001). *Gerontological family nursing*. In S. M. H. Hanson (ed.), *Family health care nursing: theory, practice, and research*. pp. 327- 343. Philadelphia: F. A. Davis Publishers.
- Robison, B. (1983). *Validation of a caregiver strain index*. *Journal of Gerontology*, 38 (3). 344-348.
- Robison, K. (1989). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden adult caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 15. 788-795.
- Robison, M. K. (1997). Family care giving: who provides the care, and at what cost?. *Nursing Economics*, 15 (5). 243-247.
- Rosa, D. (2004). Uma reflexão sobre o envelhecimento da pessoa com deficiência. In pretextos, nº17. IDS – MSST. pp.8-9.
- Rosa, M. J. V. (2000). *Portugal e a União Europeia, do ponto de vista demográfico, a partir de 1960*. In A. Barreto (org.). *A situação social em Portugal, 1960-1999*. Vol. II. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. pp. 419-451.
- Rosa, M. S. (2001). *Envelhecimento: ponto de vista imunológico*. In Pinto, A. M. *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto. pp.31-46.
- Rosanvallon, P. (1984). *A crise do estado providência*. Lisboa.
- Roth, P. (1996). *Family health promotion during transitions*. In P. J. Bomar (ed.). *Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions*. pp. 365-394. Philadelphia: Saunders Company.
- Roussel, I. (1992). *O futuro da família. Sociologia – problemas e práticas*, (11). Lisboa: ISCTE. 165-179.
- Rowe, J. W.; Kahn, R. (1997). *Successful ageing*. *The Gerontological Society of America*, 37, 4, 433-440.
- Royo, M. T. B. (2000). *Sociedad y Vejez: la familia y el trabajo*. Fernández ballesteros, Rocío (dir.). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Russel, N. (1996). *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: DGS.



- Sanford, J. T.; Johnson, A. D.; Townsed-Rocchiccioli, J. (2005). *The health status of rural caregivers*. Journal of Gerontological Nursing. 31(4), 25-31.
- Santos, B. S. (1987). *O estado, a sociedade e as políticas sociais - o caso das políticas de saúde*. In Revista crítica de ciências sociais, nº23. pp.13-73.
- Santos, B. S. (1989). *O estado e os modos de produção de poder social*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Santos, B. S. (1992). *O estado, as relações salariais e o bem-estar na semiperiferia - o caso Português*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Santos, B. S. (1993). *O estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso Português*. In Santos, B. S. (org.). Portugal: um retrato singular. Porto: Afrontamento. pp.15-56.
- Santos, B. S. (1994). *Pela mão de Alice - o social e o político na pós-modernidade*. 2ª ed. Porto: Afrontamento.
- Santos, B. S. (1995). Sociedade-providência ou autoritarismo social?. In revista crítica das ciências sociais, nº42. pp.I-VII.
- Santos, B. S, e Ferreira, S. (2001). *A reforma do estado-providência entre globalizações conflituantes*. In Hespanha, P. e Carapinheiro, G. (orgs.). Risco social e incerteza - Pode o estado social recuar mais? Porto: Afrontamento. pp.177-225.
- Santos, F. e Encarnação, F. (1998). *Modernidade e gestão da velhice*. Faro: Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- Santos, R. I. A. (2002). *Princípios éticos na Prática Gerontológica*. In Netto.
- São J., José, et al. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa. Universidade de Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- São J., José; Wall, K. (2006). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções, cadernos sociedade e trabalho VII – proteção social*. Lisboa: MTSS/DGEEP.



- Schorroots, J.; Birren, J. (1980). *A psychological point of view toward human aging and adaptability*. In *Adaptability and aging, proceeding of 9th International Conference of Social Gerontology*. Quebeque. pp 43-54.
- Scott, J. et al. (eds.). (2007). *The Blackwell companion to the sociology of families*. Oxford: Blackwell.
- Segunda Assembleia Mundial sobre o Desenvolvimento. (2002). *Construir uma sociedade para todas as idades – população e envelhecimento*. Factos e Números. Madrid: ONU.
- Sequal. (2004). *Manual de gestão da qualidade para cuidados continuados integrados*. Lisboa: MTSS.
- Silva, A. S.E. P., José M., org. (1986). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Afrontamento.
- Silva, L. F. (2001). *Intervenção psicossocial*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, M. J. (2000). *A importância da comunicação verbal e não-verbal no cuidado domiciliar de idosos*. In Duarte, Y. e Diogo, M. J. *Atendimento domiciliar - um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu. pp.203-212.
- Siqueira, M. E. C. De. (2002). *Teorias sociológicas do envelhecimento*. In Freitas, E. V. De. Et al. (orgs.) *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 47-57). Rio de janeiro: Guanabara Koogan.
- Smith, C. (1995). *Cuidados domiciliários ao doente adulto*. In W. Phipps; B. Long; N. Woods & V. Cassmeyer (orgs.). *Enfermagem Médico – cirúrgica. Conceitos e prática clínica*. Trad. H. S. Azevedo. Vol. II, 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta. pp. 2319 – 2347.
- Sousa, H. R. (1984). *Institucionalismo: a perda das instituições*. Temas Imesc. São Paulo: Soc. Dir. Saúde.
- Sousa, I. & Figueiredo, D. (2002). Quem são os prestadores de cuidados aos idosos? *Revista Sinais Vitais*. Nº 40. Coimbra. pp. 45-48.
- Sousa, L., et al. (2001). *Easy care - um sistema de informação para avaliação de idosos*. In *Geriatria*, nº137. SPGG. pp.32-42.



- Sousa, L., et al. (2003). Apoio social e saúde entre idosos. In Saúde Pública, nº3, pp.364-371.
- Sousa, L., et al. (2004). *Envelhecer em família - os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, S. M. R. (1993). Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. Geriatria. Ano 6, vol. 6, nº 56. Lisboa. pp. 23-30.
- Stephens, M. A. P. (1993). *Understanding barriers to caregivers use of formal services: the caregiver's perspective*. In S. H. Zarit, I. I. Pearlin e K. W. Schaie (eds). Care giving systems: formal and informal helpers (pp. 241- 259). Hillsdale, New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Stewart, M.; Davidson, K.; Meade, D.; Hirth, A.; Weld-Viscount. (2001). Group support for couples coping with cardiac condition. Journal of advanced nursing, 33(2), 190-199.
- Streubert, J. H. e Carpenter, D. (2002). Investigação qualitativa em enfermagem - avançando o imperativo humanista. 2ª ed, Loures: Lusociência.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). A psicologia do envelhecimento: uma introdução. 3ª ed, São Paulo: Artmed.
- Stull, D. E.; Kosloki, K.; Kercher, K. (1994). Caregiver burden and generic well- being: opposite sides of the same coin? The Gerontologist, 34, 1, 88-94.
- Sullivan, H.S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- The Whoqol Group. (1995). *The world organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world head organization*. Soc. Science Med, 410, 1403-1409.
- Torres, A. C. (org.), Silva, F. V., Monteiro, T. L., Cabrita, M. (2004). *Homens e mulheres entre família e trabalho*. Lisboa: DGEEP, 257 pp.
- Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. In A. S. Silva & J. M. Pinto (orgs.), Metodologia das Ciências Sociais. 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento. pp. 101-128.



- Veríssimo, C. M. F. & Moreira, I. M. P. B. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. Pensar enfermagem. Vol. 8, nº 1. Lisboa. pp. 60-65.
- Veríssimo, C. M. F. (2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar dos cuidados. Nursing. Ano 15, nº 187. Lisboa. pp. 20-24.
- Veríssimo, M. T. (2001). Exercício físico e envelhecimento. In Pinto, A. M. Envelhecer vivendo. Coimbra: Quarteto. pp.123-141.
- Veríssimo, M. T. (1999). *Exercício físico nos idosos*. In Manual de Sinais Vitais. Lisboa: Formasau.
- Vieira, E. A. (2004). *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Vieira, E. (2004). *Os direitos e a política social*. São Paulo: Cortez.
- Vieira, M. (2001). A responsabilidade disciplinar do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. Nº 3. Lisboa. pp. 14-17.
- VVAA. (2005). *Da qualidade das respostas sociais no serviço de apoio domiciliário*. Manual de Processo-chave - Serviço de Apoio Domiciliário. Volume I. Instituto da Segurança Social. Sociedade de Edições e impressão Lda.
- Wade, D. T.; Collin, C. (1988). *The barthel adl index: a standard measure of physical disability?* Introduction of disabilities studies. 10, 64-67.
- Wahl, H.W. (1991). *Dependence in the elderly from an international point of view: verbal and observational data*. Psychology and aging. 6 (2), 238-246.
- Wall, K. (2004). *Os grupos domésticos de coresidência*. Página oficial do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Wall, K. (org.). (2005). *Famílias em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Wall, K. (2003). *Famílias no Censo 2001: Estruturas Domésticas em Portugal*. Sociologia: Problemas e Práticas. (43), 9-11.



- Wall, K. (2004). *Portugal - policies, challenges, opportunities*. In. Families in eu 15 - policies, challenges, opportunities (pp. 195-207). Vienna: European Observatory and Austrian Institute for Family Studies.
- Whoqol group. (1994). Development of the whoqol: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 23(3). 24-56.
- Wiles, J. (2003). *Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context*. *Health and Social Care in Community*. 11(3). 189-207.
- Wilmoth, J. (2002). "Arranjos de vida de Idosos nos Estados Unidos. In *Sociologias*. nº7. pp.136-155.
- Wolf, D. A.; Freedman, V.; Soldo, B. J. (1997). The division of family labour: care for elderly parents. *Journal of Gerontology*. 52, 102-109.
- Wrubel, J. R.; Folkman, S. T.; Acree, M. (2001). Tacit definitions of informal care giving. *Journal of Advanced Nursing*. 33(2), 175-181.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice - Aspetos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Zucker, E. (2000). *Being a homemaker - home health aide*. 5ª ed, New Jersey: Prentice-Hall.



Bibliografia Digital

APOIO DOMICILIÁRIO - www.apoio-domiciliario.com (20/05/2013)
BCARE - www.bcare.pt (04/11/2012)
BETTER LIFE - www.better-life.pt (04/11/2012)
CAMARA MUNICIPAL DE ALCOCHETE - www.cm-alcochete.pt (18/05/2013)
CARTA SOCIAL - www.cartasocial.pt (04/11/2012)
CFAD - www.cfad.pt (18/05/2013)
CUIDADOS DOMICILIÁRIOS - www.cuidados-domiciliarios.com (15/12/2012)
FAMILIA - <http://conceito.de/familia> (01/11/2012)
FAMILY CARE - www.familycare.pt (01/11/2012)
GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO - www.gep.mtss.gov.pt (15/12/2012)
LISBOA APOIO - www.lisboapoio.pt (18/12/2012)
MGFAMILIAR - <http://www.mgfamiliar.net> (13/09/2012)
MINISTÉRIO DA SAÚDE - <http://www.minsaude.pt> (05/10/2012)
MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SEGURANÇA SOCIAL - www.mtss.gov.pt (05/10/2012)
NAÇÕES UNIDAS EM PORTUGAL - www.onuportugal.pt (25/09/2012)
PORTAL DO AVÔ - www.portaldoavo.com.pt (10/03/2013)
PORTAL DO CIDADÃO - www.portaldocidadao.pt (05/04/2013)
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - www.scml.pt (18/05/2013)
SEGURANÇA SOCIAL - <http://www4.seg-social.pt> (18/05/2013)
UMCCI - <http://www.umcci.min-saude.pt> (05/04/2013)
UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAME – www.undp.org (05/10/2012)
UNITED NATIONS RESEARCH INSTITUTE FOR SOCIAL DEVELOPMENT – www.unrisd.org (10/03/2013)



Legislação Portuguesa em vigor

Circular Normativa nº 13/04, DGCG - Ministério da Saúde, Lisboa.

Decreto de Lei nº 265/99 de 14 de Julho, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto de Lei nº 4/07, Diário da República, 1ª série – nº 11, de 16 de Janeiro, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 133-A/97. D.R. nº 124, Série I-A, Suplemento de 30 de Maio, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 141/89. D.R. nº 98, Série I de 28 de Abril, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 18/89, de 11 de Janeiro, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 391/91, de 10 de Outubro, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 99/2011, de 28 de Setembro, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 265/99 de 14 de Julho, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 64, 2007 de 14 de Março, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 141 de 1989, de 28 de Abril, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Decreto-Lei nº 391, 1991 de 10 de Outubro, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.

Despacho Conjunto nº 727/99, de 23 de Agosto, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.



- Despacho Conjunto nº407 de 1998, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.
- Despacho n.º 20043/2009, de 03 de Setembro, Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa.
- Despacho n.º 433/2011, de 7 de Janeiro, Ministério do trabalho e da Segurança Social, Lisboa.
- Despacho n.º 5/90, de 16 de Julho, Secretaria de Estado da Segurança Social, Lisboa.
- Despacho Normativo n.º 28/2006, de 3 de Maio, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.
- Despacho Normativo n.º 62/99. D.R. n.º 264, Série I-B de 1999-11-12, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.
- Despacho Normativo nº28/06 de 3 de Maio, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.
- Portaria n.º 250/99. D.R. n.º 82, Série I-B de 8 de Abril, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.
- Portaria nº 96/13 de 4 de Março, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.
- Portaria nº67/12 de 21 de Março, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Lisboa.
- Recomendação n.º R (98) 9, de 18 de Setembro, da Comissão dos Ministros aos Estados Membros, Bruxelas.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 84/05 de 27 de Abril, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.



Apêndices e Anexos



Anexo 1 – Teste de Avaliação do Grau de Dependência do utente



TESTE DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO UTENTE



Nº	Descrição / Pontuação Atribuída	Sim, pode efectuar a tarefa sozinho	Não, necessita supervisão ou ajuda parcial	Não pode efectuar a tarefa sozinho	Dificulta a execução da tarefa	Sub- Total Pontuação
		0	1	2	3	
1	Corta a comida em bocados					
2	Leva o recipiente de bebida à boca					
3	Limpa-se					
4	Penteia-se					
5	Veste-se					
6	Calça-se					
7	Evita situações de risco fora do domicílio					
8	Pede ajuda perante a urgência					
9	Evita situações de risco dentro do domicílio					
10	Passa do estado sentado numa cadeira, para o estado em pé					
11	Muda o próprio corpo enquanto está sentado					
12	Muda o próprio corpo enquanto está deitado					
13	Acede a todas os lugares comuns do seu domicílio					
14	Consegue deslocar-se em percursos próximos e conhecidos					
15	Consegue deslocar-se em percursos próximos e desconhecidos					
16	Prepara refeições					
17	Realiza compras					
18	Limpa e cuida da casa					
19	Lava e cuida da roupa					
20	Toma decisões sobre a alimentação quotidiana					
21	Organiza os hábitos de higiene diária					
22	Efectua a gestão do dinheiro necessário no dia a dia					
23	Toma decisões sobre as relações interpessoais					
RESULTADO						
De 15 a 35 Pontos - Autonomia / Dependência Moderada						
De 36 a 50 Pontos - Dependência Parcial						
De 50 a 69 Pontos - Dependência Total						
AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA						
						0



Anexo 2 - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Clientes

		1	2	3	4	5	NS	NA
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito	Não sei	Não se Aplica
P1	Estado de Conservação dos Edifícios							
P2	Limpeza e arrumação das Instalações							
P3	Facilidade de Acesso, circulação e movimentação nas instalações							
P4	Estado de Conservação dos equipamentos							
P5	Conforto e adequação das instalações							
P6	Segurança e conforto dos transportes							
P7	Apresentação e imagem dos colaboradores							
P8	Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados							
P9	Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais							
P10	Informação sobre o Regulamento e regras de funcionamento							
P11	Informação e participação na elaboração do seu plano individual							
P12	Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza							
P13	Confiança na capacidade de organização para ajudar a resolver problemas							
P14	Modo como os colaboradores prestam serviços							
P15	Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades							
P16	Apoio nos cuidados de higiene e imagem							
P17	Apoio nos cuidados de saúde de que precisa							
P18	Apoio na realização das suas atividades pessoais							
P19	Adequação das atividades ocupacionais e desenvolvimento pessoal							
P20	Diversidade das atividades ocupacionais disponibilizadas							
P21	Disponibilidade dos colaboradores							
P22	Sistemas de segurança contra roubo, incêndio							
P23	Cumprimento dos seus direitos por parte dos colaboradores							
P24	Forma como a organização assegura a confidencialidade dos dados pessoais							
P25	Simpatia, educação e atenção dos colaboradores							
P26	Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores							
P27	Respeito da organização pelas suas decisões e opções							



P28	Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual							
P29	Tratamento e encaminhamento das reclamações dos clientes							
P30	Respeito e consideração da organização pelas sugestões dos clientes							
P31	Nível de informação sobre alterações na organização							
P32	Disponibilidade dos colaboradores para apoiarem na resolução de problemas pessoais							
P33	Apoio dos colaboradores para realizar atividades ocupacionais							
P34	De uma forma geral, qual é o seu grau de satisfação com a organização?							
		Sim	Não					
P35	Recomendaria esta organização?							
P36	Sugestões e comentários							



Anexo 3 - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Colaboradores

		1	2	3	4	5	NS	NA
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito	Não sei	Não se Aplica
P1	Prestígio, solidez e sustentabilidade futura da organização							
P2	Oportunidades e facilidades para o desenvolvimento das suas competências profissionais e pessoais							
P3	Oportunidades para a sua progressão na carreira							
P4	Atividades extraprofissionais proporcionadas pela organização							
P5	Instalações e equipamentos disponibilizados para o exercício da função							
P6	Ajuda, colaboração e cooperação entre todos os colaboradores							
P7	Ambiente de trabalho sem conflitos							
P8	Promoção e estímulo do trabalho em equipa							
P9	Receção, acesso e partilha da informação para o desempenho da sua função							
P10	Informação e comunicação do seu desempenho por parte da chefia							
P11	Formas de participação nas ações de melhoria e inovação na organização							
P12	Promoção, estímulo e apoio à criatividade							
P13	Abertura e integração das sugestões dos colaboradores							
P14	Reconhecimento da dedicação, esforço e trabalho realizado							
P15	Remuneração, regalias e benefícios atribuídos pela organização							
P16	Promoção da igualdade de remuneração para funções similares na organização							
P17	Remunerações praticadas na organização face as praticadas em organizações similares							
P18	Correção e justiça na avaliação do desempenho da sua função							
P19	Orientação, apoio e cooperação da chefia							
P20	Capacidade de liderança e chefia dos seu superior hierárquico							
P21	Participação na definição dos objetivos individuais a atingir							



P22	Informação, comunicação e objetivos da organização							
P23	Conhecimento do contributo da sua função para atingir os objetivos da organização							
P24	Informação e comunicação dos resultados da organização							
P25	Forma e participação dos colaboradores na tomada de decisão							
P26	Autonomia para planear, executar e avaliar o seu trabalho							
P27	Realização pessoal e profissional com a função que desempenha							
P28	Conhecimento sobre a sua função e o que a organização espera de si							
P29	Ambiente, conforto e bem-estar físico do posto de trabalho							
P30	Adequação e realismo dos objetivos individuais a atingir							
P31	Informação, comunicação e disseminação da Política e objetivos de qualidade							
P32	Conhecimento do contributo da sua função para atingir objetivos de qualidade							
P33	Prioridade dada pela organização ao princípio de orientação para o cliente							
P34	Qualidade global e valor acrescentado para o cliente pelo serviço prestado pela organização							
P35	De uma forma geral, qual é o seu grau de satisfação com a organização							
		Sim	Não					
P36	O grau de satisfação que tinha anteriormente era mais elevado?							
P37	Sente que trabalha numa organização inovadora e em permanente melhoria?							
P38	Encontra-se disponível para aceitar novos desafios/funções?							
P39	Recomendaria a um amigo que viesse trabalhar para a sua organização?							
P41	Sugestões e comentários							

Anexo 4 - Questionário de Avaliação do Grau de Satisfação dos Parceiros

		1	2	3	4	5	NS	NA
		Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito	Não sei	Não se Aplica
P1	Recebem regularmente informação sobre as atividades da organização							
P2	Todas as questões existentes com a organização foram resolvidas de forma rápida e profissional							
P3	Os resultados da parceria são divulgados periodicamente a todas as partes interessadas							
P4	A organização incentiva a participação dos parceiros ao nível da gestão							
P5	Os objetivos definidos para a parceria estão claramente definidos							
P6	As decisões tomadas em parceria são respeitadas e implementadas							
P7	As comunicações da organização são fluidas, corretas e atempadas							
P8	As reuniões periódicas com a organização são suficientes e ajustadas							
P9	É realizada periodicamente avaliação conjunta do grau de concretização dos objetivos							
P10	A organização apresenta indicadores de resultados para os clientes							
P11	A organização acuta em parceria com instituições da comunidade para satisfação de necessidades específicas							
P12	A organização é um serviço conhecido e respeitado pela comunidade							
P13	A organização cumpre atempadamente com as responsabilidades e compromissos da parceria							
P14	De forma global, qual o grau de satisfação face à parceria estabelecida?							
		Sim	Não					
P15	As relações com a organização são reguladas por um contrato ou acordo de serviços?							
P16	Recomendaria esta organização?							
P17	Sugestões e comentários							



			Sim	Não	Não sei	Não se Aplica
Geral	P1	Licença de funcionamento / Alvará				
	P2	Mapa de pessoal e horários				
	P3	Identificação do Diretor Técnico e respetivos responsáveis de serviços				
	P4	Horário de Funcionamento				
	P5	Regulamento interno				
	P6	Minuta de contrato				
	P7	Ementas				
	P8	Preçário				
	P9	Comparticipações				
	P10	Mapa mensal de atividades				
	P11	Horário de visitas				
Segurança	P12	Mobilidade dos clientes no interior e para o exterior				
	P13	Saídas de emergência (pelo menos 2)				
	P14	Portas de emergência abrem facilmente no sentido da fuga				
	P15	Portas de saída com um mínimo de 1,10m de largura				
	P16	Corredores e caminhos de evacuação com mínimo de 1,40m de largura				
	P17	Quartos de idosos acamados ou pouca mobilidade no piso das saídas de emergência				
	P18	Distância máxima de qualquer ponto até uma saída de 50m				
	P19	Elevador				
	P20	Botões manuais de alarme de incêndio nos corredores e escadas				
	P21	Detetores de incêndio em todos os espaços				
	P22	Revestimento antiderrapante no pavimento do espaço para utentes				
	P23	Rampas de acesso a entrada				
	P24	Rampas de ligação entre os pisos				
	P25	Planos de evacuação afixados				



	P26	Caminhos de evacuação com poucas mudanças de direção				
	P27	Corredores, escadas e/ou rampas desobstruídos				
	P28	Corredores, rampas e escadas com corrimãos				
	P29	Saídas de emergência bem sinalizadas				
	P30	Portas de saída de emergência com barras antipânico				
	P31	Extintores de incêndio (1 por cada 4 quartos)				
	P32	Janelas que se abrem facilmente (a partir do interior)				
Instalações	P33	O edifício está bem conservado				
	P34	Existe um alarme contra assaltos				
	P35	Entrada no edifício sem barreiras arquitetónicas				
	P36	Tem um aspeto confortável e acolhedor				
	P37	Há sistema de climatização (pelo menos aquecimento)				
	P38	Apresentam um aspeto limpo				
	P39	Não existem maus cheiros (urina)				
	P40	Os elevadores podem transportar cadeiras de rodas				
	P41	Iluminação de vigília para circulação noturna				
	P42	Mobiliário idêntico ao de uma habitação e seguro				
	P43	Gabinete de saúde com espaço de atendimento				
	P44	A limpeza das instalações é realizada de 2 em 2 horas				
	P45	O lar dispõe de equipamentos atuais e adequados				
Quartos	P46	Há quartos individuais				
	P47	Os restantes são para 2 idosos				
	P48	Têm casa de banho completa com acesso privado				
	P49	Entre camas é possível passar uma cadeira de rodas				
	P50	Têm ventilação natural (são arejados)				
	P51	Têm iluminação suficiente				
	P52	Têm mobiliário individual				



	P53	Existem camas articuladas				
	P54	O mobiliário encontra-se em boas condições				
	P55	Todas as camas têm uma campainha				
Espaços comuns	P56	Salas de estar e convívio				
	P57	Sala de estar com o mínimo de 12m2 por cada núcleo de 10 quartos (sendo 2m2 por pessoa)				
	P58	Sala de estar com janelas para o exterior				
	P59	A sala de estar e a sala de refeições são independentes				
	P60	A sala de refeições tem janelas para o exterior				
	P61	A sala de refeições tem instalações sanitárias de apoio				
	P62	os espaços apresentam um aspeto confortável e acolhedor				
Casas de banho	P63	Há 1 casa de banho separada por sexos em cada piso				
	P64	Há casas de banho comuns (1 por cada 7 idosos)				
	P65	Há apoios nas banheiras e sanitas				
	P66	Apresentam um aspeto limpo				
Cozinha	P67	Tem ligação direta com o exterior				
	P68	Tem equipamentos adequados à dimensão do lar				
	P69	Tem exaustão de fumos				
	P70	Apresenta um aspeto limpo e arrumado				
	P71	As ementas estão separadas pelas necessidades de cada idoso				
	P72	Os alimentos apresentam qualidade				
Espaço Exterior	P73	Espaço exterior cuidado e arranjado				
	P74	Acesso fácil e perto de transportes públicos				
	P75	Condições do terreno plano, liso, sem buracos, degraus e rampas				
	P76	Tem dimensões suficientes para o número de idosos do lar				
Pessoal	P77	Enfermeiro (1 por cada 40 idosos)				
	P78	Ajudante de lar (1 por cada 8 idosos)				
	P79	Encarregado de Serviços Domésticos (1 para cada 40 idosos)				

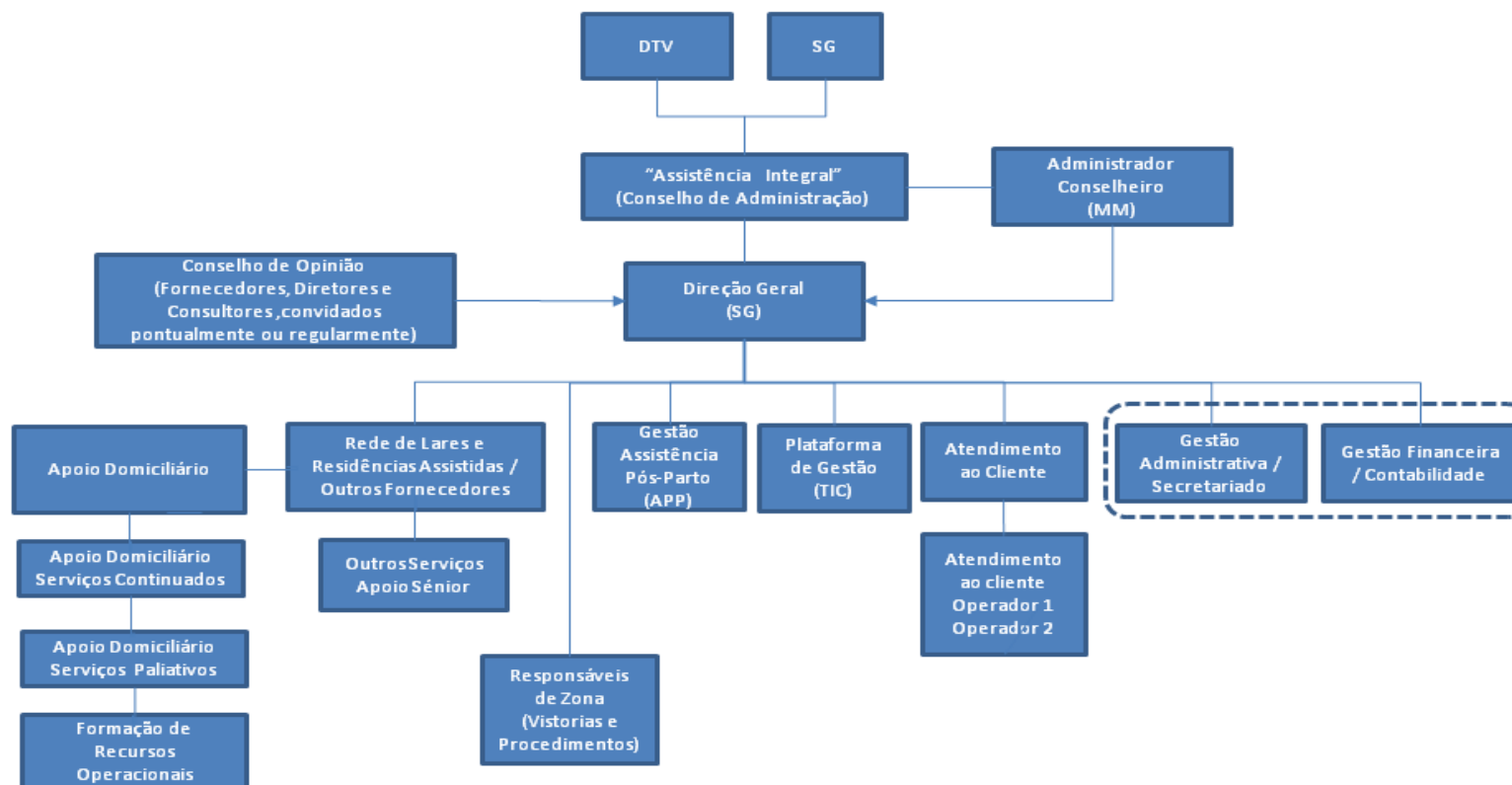


	P80	1 cozinheiro por lar				
	P81	Ajudante de cozinheiro (1 por cada 20 idosos)				
	P82	Empregado auxiliar (1 por cada 20 idosos)				
	P83	Pessoal para vigilância noturna em número suficiente				
	P84	Pessoal Técnico Especializado (assistente social, psicólogo, ...)				
	P85	Os funcionários apresentam um aspeto cuidado e limpo				
	P86	Os funcionários cumprem as normas de higiene pessoal no trabalho				
	P87	Os funcionários apresentam competências técnicas para a realização da sua função				
	P88	Existe formação periódica para atualização de funções				
Transportes	P89	O lar tem transporte individual de idosos				
	P90	As viaturas estão adequadas a situações de mobilidade especiais				
	P91	Mapa de horários dos transportes e circulação				
	P92	Recomendaria esta organização?				
	P93	Sugestões e comentários				



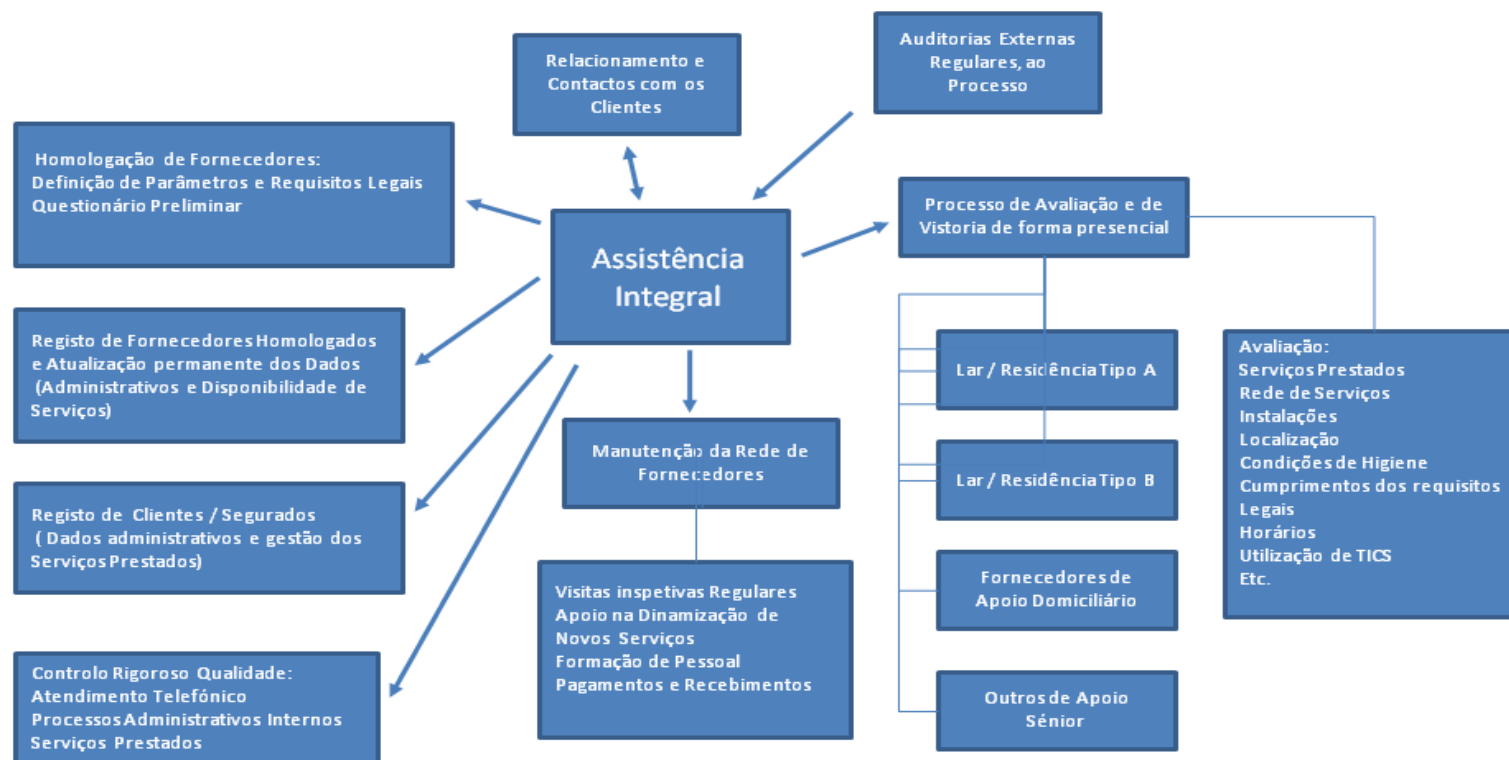
Anexo 5 – Organigrama da Estrutura

Organigrama Estrutura



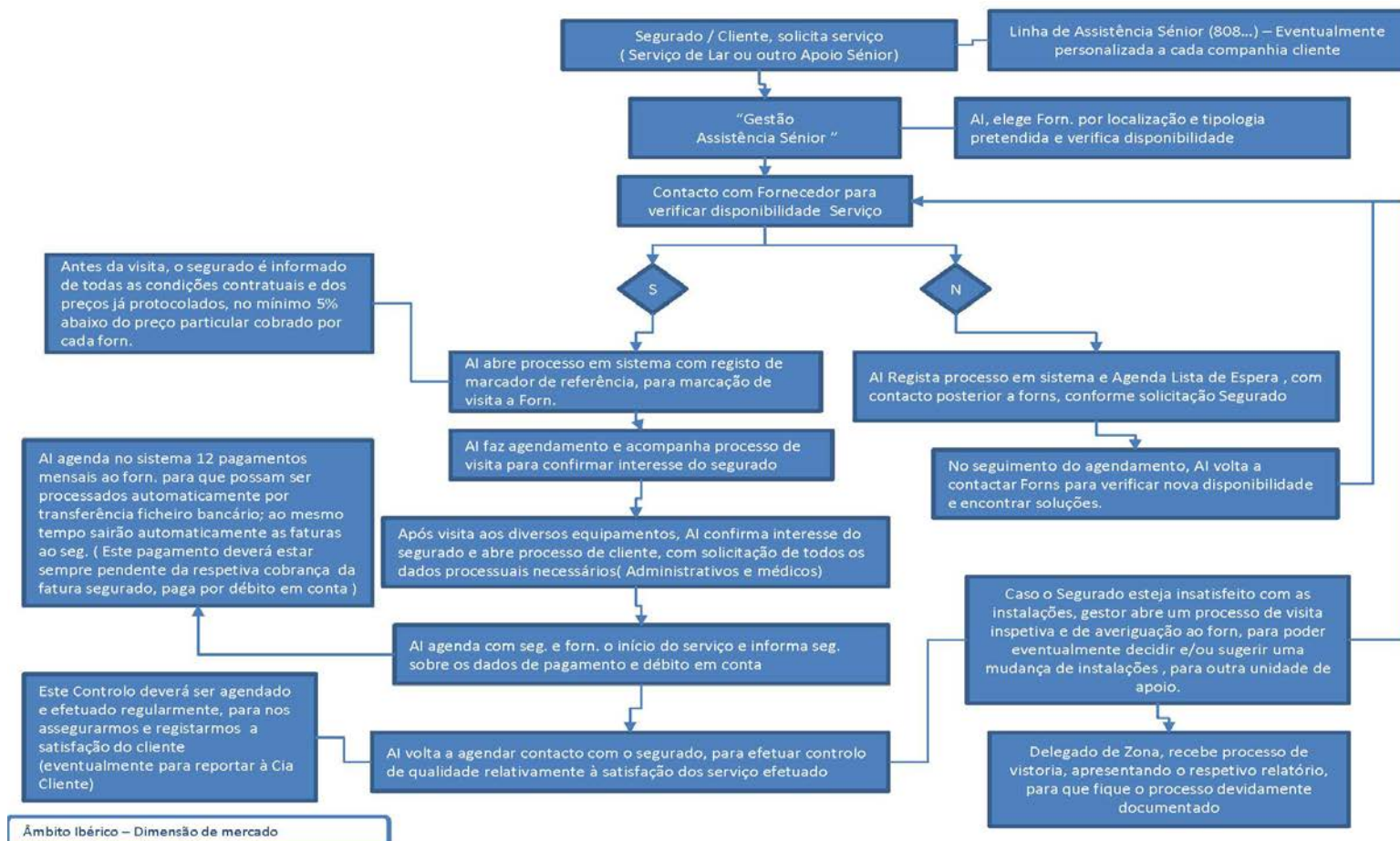
Anexo 6 – Gestão dos Serviços e Fornecedores

Gestão dos Serviços e Fornecedores



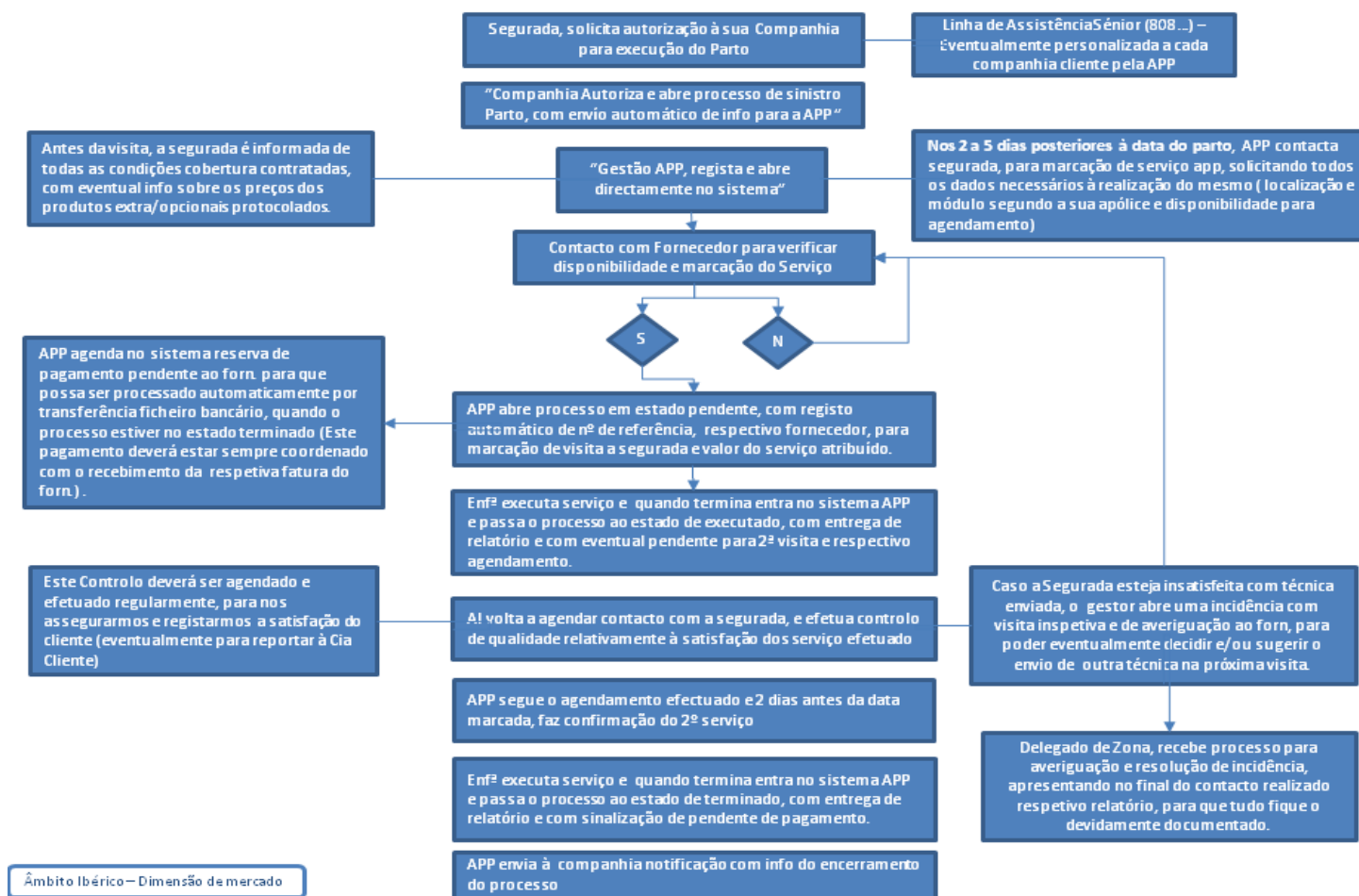
Anexo 7 – Fluxograma do Serviço Prestado – Assistência Sénior

Fluxograma do Serviço Prestado – Assistência sénior



Anexo 8 – Fluxograma do Serviço Prestado – Assistência Pós-Parto

Fluxograma do Serviço Prestado – Assistência Pós-Parto (APP)





Anexo 9 – Grelha de Avaliação de Lares e Residências

VISITA INSPECTIVA NA RESIDÊNCIA						
ALOJAMENTO	Nº de Quartos					
	Nº de camas por quarto					
	Espaço entre as camas					
	Mobiliário do quarto	Cama de casal ou corpo e meio	Sim	Não		
		Mesinha de cabeceira	Sim	Não		
		Roupeiro / Guarda roupa	Sim	Não		
		Cadeira individual	Sim	Não		
		Outros (cortinados, colcha na cama, decoração geral)	Bom	Def.	M. Def.	
		Casas de banho dos quartos	Bom	Def.	M. Def.	
		Sala de refeições	Sim	Não		
		Cozinha	Sim	Não		
		Copa	Sim	Não		
		Dispensa	Sim	Não		
		Arrecadação de materiais	Sim	Não		
		Lavandaria / roupa	Sim	Não		
		Enfermaria	Sim	Não		
		Gabinete médico e/ou de enfermagem	Sim	Não		
		Espaço de farmácia	Sim	Não		
		Sala de estar	Sim	Não		
		Sala de Convívio	Sim	Não		
		Casas de banho partes comuns	Bom	Def.	M. Def.	
	Equipamentos das casas de banho	Bom	Def.	M. Def.		
	Equipamentos adaptados para deficientes	Sim	Não			
	Rampas de acesso existentes	Sim	Não			
ALIMENTAÇÃO	Nº de Refeições diárias (mínimo recomendado 6 refeições diárias -Peq.Alm, Lanche matinal, Almoço, Lanche da tarde, jantar, Ceia)					
	Menús, Dietas (informação sobre quem realiza os mesmos)	Sim	Não	Existem e são cumpridos?		
	Dietista / nutricionista / eng. alimentar	Sim	Não			
	Confeção própria ?	Sim	Não			
	Refeitório (espaço para refeições; higiene, mobiliário decoração , condições térmicas)	Bom	Def.	M. Def.		
	Higiene alimentar e apresentação das refeições	Bom	Def.	M. Def.		
	Tipo de pessoal técnico ajuda os utentes no refeitório	Bom	Def.	M. Def.		



	Quem fornece a alimentação (caso de verifique)				
CUIDADOS DE SAÚDE	Médico	Sim	Não		(permanente? Nº de horas /dia/ semana?
	Enfermeiro	Sim	Não		(permanente? Nº de horas /dia/ semana?
	Psicólogo	Sim	Não		(permanente? Nº de horas /dia/ semana?
	Fisioterapia	Sim	Não		(permanente? Nº de horas /dia/ semana?
	Visitas médicas, (serviço de psicologia ; médico medicina interna)	Sim	Não		Plano/registo de consultas efectuadas ao UTENTE
	Estado físico dos utentes internados	Bom	Def.	M. Def.	Adormecidos, inactivos ou activos
	Medicação	Bom	Def.	M. Def.	Relatório médico das prescrições
	Farmácia da Residência (Registos e ordem de administração, limpeza e controlo)	Bom	Def.	M. Def.	
	Controlo da preparação e administração da medicação	Sim	Não		Existe internamente ou subcontratam?
	Tipo de medicação extra dada aos nossos utentes (devido à sua patologia)	Sim	Não		Motivo da respectiva administração?
	Envolvimento e interligação dos/as técnicos/as de geriatria com o utente	Sim	Não		
	Material de tratamentos (estado e limpeza)	Bom	Def.	M. Def.	
	Tipo e Nº de Tratamentos efectuados , percentagem e profissional que os realiza				
TERAPIA OCUPACIONAL	Sala de estar	Sim	Não		
	Sala de convívio / espaço ou campo de jogos	Sim	Não		
	Piscina	Sim	Não		
	Jardim	Sim	Não		
	Quintal	Sim	Não		
	Ginásio	Sim	Não		
	Actividades semanais e mensais	Sim	Não		Existem ? Em que formas ou procedimentos?
	Participação nas actividades (terapêuticas ou de reabilitação)	Sim	Não		% de residentes/UTENTES que participam nas mesmas
LAZER DOS UTENTES	Realização de Viagens / passeios	Sim	Não		Existe planificação?
	Distribuição de televisões	Sim	Não		
	Música	Sim	Não		
	Livros	Sim	Não		
	Jornais e revistas	Sim	Não		
	Outros				
INSTALAÇÕES SANITÁRIAS	Odor na Residência	Sim	Não		
	Ordem e registo da limpeza dos quartos	Sim	Não		
	Estado dos frigoríficos, armários e mobiliário da cozinha	Bom	Def.	M. Def.	
	Conservação e acondicionamento dos alimentos no armazém	Bom	Def.	M. Def.	
	Material de limpeza e lavandaria; colocado em local apropriado?	Sim	Não		
ATENDIMENTO SOCIAL OUTROS	Horários de visitas e controlo /registo de familiares	Sim	Não		
	Existência de Assistente Social	Sim	Não		



	Atendimento dos Familiares por algum técnico especializado?	Sim	Não		
	Presença do/a director/a	Sim	Não		Dedicação?
	Quadro de anúncios actualizado	Sim	Não		Falta de Documentação? Qual?
	Protocolos, Registos Administrativos da Residência, Alvará	Sim	Não		Existem? Estão disponíveis? Estão Visíveis?
	Transporte para os utentes	Sim	Não		
MANUTENÇÃO	Estado das paredes interiores e exteriores	Bom	Def.	M. Def.	
	Estado dos quartos	Bom	Def.	M. Def.	
	Estado dos geriátricos e casas de banho	Bom	Def.	M. Def.	
	Estado das zonas comuns	Bom	Def.	M. Def.	
	Estado da cozinha	Bom	Def.	M. Def.	
	Estado do material da lavandaria / engomadoria	Bom	Def.	M. Def.	
	Estado do mobiliário (camas, armários, mesas, cadeiras, sofás ...)	Bom	Def.	M. Def.	
	Zona exterior	Bom	Def.	M. Def.	
	Arrumação e limpeza geral da residência	Bom	Def.	M. Def.	
DIVERSOS No quadro de anúncios deverá constar o seguinte:	Tabelas Públicas Privadas	Sim	Não		
	Inscrição do Centro	Sim	Não		
	Presença de Livro de Reclamações	Sim	Não		
	Horário de Atendimento dos técnicos aos familiares	Sim	Não		
	Menús semanais e mensais	Sim	Não		
	Horário e Descrição das actividades	Sim	Não		
NOTAS:	<p>Cada um dos seguintes pontos é avaliado em função da RESIDÊNCIA já ser COLABORADORA ou não.</p> <p>Caso ainda não seja colaborador, não poderemos solicitar ou exigir nada em particular relativamente aos UTENTES.</p> <p>Quando o nosso UTENTE entra na RESIDÊNCIA, passamos a outro nível de avaliação mais objectiva.</p> <p>Ao efectuar uma avaliação de inspecção RGAF, tanto relativa ao bem estar social, como às condições sanitárias, e detectemos alguma anomalia no decorrer da mesma, deveremos solicitar ao colaborador que efectue de imediato uma exposição/comunicação ao organismo competente e solicitar regularização com apresentação à RGAF da acta de encerramento do processo (quando for recebido o resultado da respectiva inspecção de validação).</p>				
COLABORADOR:		Rúbrica do Responsável Colaborador:			
Data da Visita:		Rúbrica Responsável RGAF:			